Nr. 1. Warszawa, Grudzień 1932 Tom IV.

Gastrologja Polska

Le resumés des travaux originaux en langues entrangères se trouvent a la fin du numéro.

Wydawca: Dr. I. Grundzach. **Redaktor: Dr. med. B. Wajnert.**

Dr. Salomon Mintz.*)

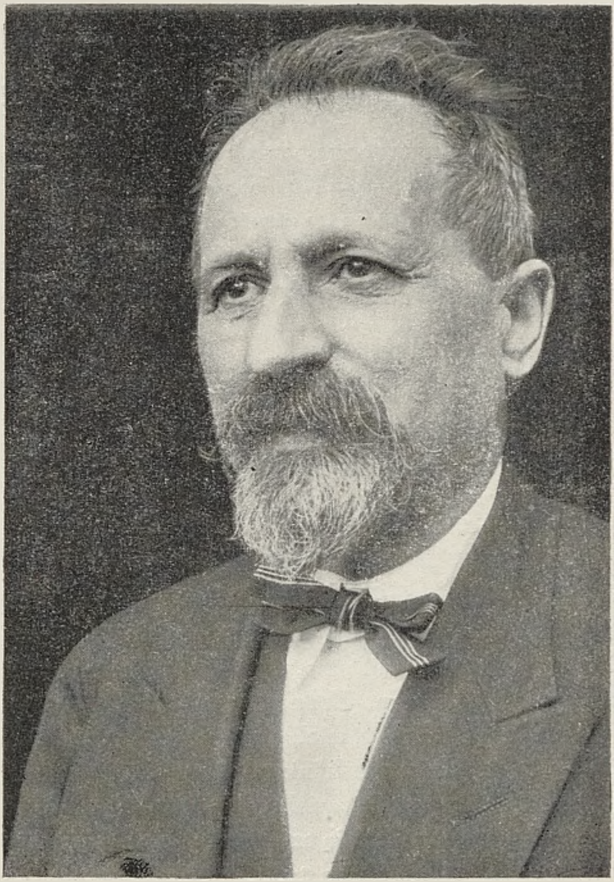
(Ur. w r. 1861, zm. 20.VI.1932 r.).

Z inicjatywy Zarządu Polskiego Tow. Gastrologicznego przypadło mi w smutnym i zaszczytnym udziale, jako jednemu z ostatnich asystentów Salomona Mintza, skreślenie na tem miejscu Jego sylwetki, jako gastrologa. Zadanie tem trudniejsze, że w tym gronie wszyscy dobrze znali tę cichą, skromną, zamkniętą w sobie postać jednego z przodujących klinicystów naszej dziedziny, postać lekarza, który umiał patrzeć i wiele spostrzegać, dojść do sedna niejasnej nieraz rzeczy, zgłębić ją należycie i przejrzeć, ująć w proste słowa i utrwalić, zadanie tem trudniejsze, że w tym prześwietnym gronie zasiadają ci jego dostojni koledzy, którzy wespół z nim tu na gruncie warszawskim kładli podwaliny pod rozwój naszej młodej podówczas, dopiero co tworzącej się dziedziny, —

*) Wspomnienie wygłoszone dnia 23 listopada 1932 r. na Posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego.

ci koledzy, którzy mieli sposobność widzieć Mintza właśnie w tamtym, najbardziej owocnym okresie Jego żywota.

Bowiem, by zrozumieć zasługi Mintza dla gastrologji, cofnąć się musimy wstecz o jakieś lat 40, kiedy gastrologja jeszcze nie istniała, jako odrębna gałąź wiedzy lekarskiej, kiedy pierwsi jej



Dr. Salomon Mintz.

budowniczy dopiero konstruowali gmach, a kiedy to w Krakowie i we Lwowie rozbrzmiewały nazwiska Jaworskiego i Glucińskiego, w Warszawie Reichmana z młodym Mintzem i Grundzachem, a w Niemczech Leubego, Ewalda, Boasa i Fleinera.

Po ukończeniu studjów na Uniwersytecie Warszawskim i Moskiewskim w roku 1887 udaje się Mintz do Wiednia i do Berlina, celem pogłębienia swej wiedzy lekarskiej. Po roku powraca do Warszawy i tu przy boku Dunina, a następnie Reichmana kontynuuje swą działalność naukową. Pierwsze prace Mintza idą w kierunku badania soku żołądkowego, z którym uczeni dopiero się bliżej zaznajamiali, szukając metod do określenia chemizmu żołądka. W roku 1889 ogłasza Mintz swą pierwszą pracę, drukowaną w Gazecie Lekarskiej „O kwasach żołądkowych". W tym samym roku ogłasza w Wien. Klin. Wochenschrift i w Gazecie Lekarskiej swą klasyczną pracę zaledwie na niecałych trzech stronach formatu 8-ki, która młodemu, bo zaledwie 28 lat liczącemu lekarzowi, przysporzyła rozgłos w medycynie wszechświatowej i na zawsze utrwaliła nazwisko jego w historji medycyny.

Tytuł pracy brzmi: „Łatwa metoda do ilościowego określenia wolnego kwasu solnego w zawartości żołądkowej".

Jaworski w swoim podręczniku chorób żołądka, omawiając metody oznaczania ilościowego kwasu solnego wylicza kilkunastu autorów i mówi: „Metody te są tak zawiłe, że przedstawiają więcej zainteresowania dla matematyków i chemików, niż dla lekarza praktycznego. Najprostszą dla wykonania okazuje się metoda podana przez Mintza".

W Niemczech próba Mintza, jakkolwiek miała z początku przeciwników, została wkrótce ogólnie przyjętą. Dla obrony swej metody napisał Mintz dwie obszerne prace polemiczne, ogłoszone równocześnie po polsku i po niemiecku. „O metodach ilościowego określania wolnego kwasu solnego z zawartości żołądkowej" wydaną z oddziału Dunina, i „O metodzie Winter - Hayema i stosunku wolnego kwasu solnego do związanego" (z ambulatorjum Reichmana).

Boas przeprowadził w próbie tej pewną modyfikację, stosując zamiast odczynnika Ginsburga papierek Congo. W swoim podręczniku diagnostyki i terapji chorób żołądka wyraża się o metodzie tej w dosłownem brzmieniu po wyliczeniu innych metod. „Ich halte die Metode von Mintz in der gleich von mir zu erwähnenden Modifikation für die Praxis am besten geeignet, da sie leicht ausführbar ist". Lecz o modyfikacji tej mówi Jaworski w swoim podręczniku chorób żołądka, że metoda Mintza jest może mniej wygodna, lecz

zato dokładniejszą od modyfikacji Boasa. Ewald, Fleiner, Riegel, a w Ameryce Einhorn przyjęli próbę Mintza w jej brzmieniu pierwotnem. Fleiner omawiając ilościowe metody określania wolnego kwasu solnego u szeregu autorów, uważa, że wszystkie opierają się właściwie na pierwowzorze Mintza, a modyfikacje polegają tylko na użyciu innych odczynników np. papierka Congo, płynu Congo, albo dymethylamido - benzolu i t. d.

Tak więc próba ta pod nazwą próby Mintza zyskała sobie obywatelstwo w medycynie i zachowała jeszcze dotychczas całą swoją wartość rozpoznawczą.

Jak bardzo wytrwałym i skrupulatnym w badaniu danego przedmiotu był Mintz, świadczy praca, wydana z oddziału Dunina p. t. ,,Przypadek gastritis phlegmonosae — w przebiegu raka żołądka". Autor, opisując dany przypadek, zestawił i bliżej objaśnił 42 przypadki zebrane z całej ówczesnej literatury światowej.

Ciekawą jeszcze jest dzisiaj praca, jakkolwiek pisana przed 40-tu laty, a ogłoszona wspólnie z Reichmanem p. t. ,,O znaczeniu kwasu solnego w lecznictwie chorób żołądka". Praca ta przyczyniła się do wyświetlenia leczniczego działania kwasu solnego, i tu dowiadujemy się, że kwas solny należy stosować tylko w tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z zanikiem, albo z upośledzonem wydzielaniem soku żołądkowego. Już wówczas autorzy dokładnie zdawali sobie sprawę, że wartość kwasu solnego nie kończy się na jego działaniu trawiennem. lecz że obok jego działania, jak się wyrażają antyfermentatywnego i przeciwpasożytniczego, ma on również zdolność regulowania wydalania pokarmów z żołądka.

W roku 1893 wspólnie z Grundzachem opisuje ,,Przypadek bliznowatego zwężenia odźwiernika, jego przerostu, wtórnego rozszerzenia żołądka". Był to pierwszy wypadek zakwalifikowany w Warszawie do operacji. Od owego czasu do roku 1915, a więc w ciągu 23 lat dokonali chirurdzy z polecenia Mintza przeszło 70 gastroenterostomii i na podstawie obserwacji tych chorych i doświadczenia osobistego, ogłosił Mintz pracę p. t. ,,O niepomyślnych skutkach gastroenterostomii".

Zmysł obserwacyjny Mintza potrafił wśród olbrzymiego materjału ambulatoryjnego wyodrębnić oddzielną postać wrzodu żołąd-

ka, która objawami swemi w zupełności przypomina crises gastriques. Tytuł pracy brzmi: ,,O pseudotabetycznej postaci wrzodu żołądka".

Na Zjeździe Gastrologów w Amsterdamie w roku 1928 Kuttner, omawiając w swoim referacie różne postacie owrzodzeń żołądka, wspomina o pseudo - wiądowej postaci wrzodu żołądka, opisanej przez Mintza, zaznaczając, że sam przypadki takie obserwował.

Specjalną serję prac stanowią badania jego nad uchyłkami względnie rozszerzeniem przełyku, powstałem na tle skurczu wpustu. W ciągu całej swej działalności lekarskiej zebrał te dość rzadkie przypadki w liczbie kilkunastu i opracował je w trzech pracach. Pierwszą pracę ogłosił jeszcze w roku 1892 p. t. ,,Niezwykły przypadek uchyłka przełyku". Jeśli weźmiemy pod uwagę, że w owym czasie promienie Roentgena były badaczom nieznane, że jedynym środkiem pomocniczym był zgłębnik i czasami niezupełnie pewna i prymitywna diaphanoscopja, zrozumiemy ile intuicji i zmysłu obserwacyjnego musiał posiadać lekarz, aby takie przypadki z materjału różnorodnego wyłuskać. Dokładne opracowanie tego materjału i metody badań różniczkowych znajdziemy w pracach ,,O uchyłkach w dolnej części przełyku" i w pracy ,,O samoistnych rozszerzeniach przełyku".

Trudno byłoby w ramach dzisiejszego wspomnienia omówić dokładnie wszystkie prace Mintza, wspomnę tylko, że niema prawie działu chorób narządów trawienia, którymby Mintz się nie zainteresował bliżej. Że wspomnę pracę ,,O leczeniu kamicy żółciowej", a gdy w roku 1925 w Warszawie wprowadzono cholecystografję, Mintz w tej metodzie spostrzegł ważny nowy czynnik rozpoznawczy i z młodzieńczym zapałem wspólnie z Kryńskim metodą tą się zainteresował. W rok później, t. j. w r. 1926 na podstawie dużego materjału ogłosił swoje spostrzeżenia w pracy p. t. ,,O cholecystografji".

Mintzowi nie przypadło w udziale prowadzenie oddziału szpitalnego, starał się więc Mintz ze wszechmiar ze swego prywatnego ambulatorjum stworzyć placówkę pracy naukowej i w tych warunkach czasami niezwykle ciężkich udało to mu się w zupełności. Pracy lekarskiej oddawał się z niestrudzoną wytrwałością i zamiłowaniem, a o jego rozgłosie świadczyły niezliczone zastępy chorych, które

przyjeżdżały z najdalszych zakątków Rzeczypospolitej szukać u Niego pomocy.

Z tego olbrzymiego materjału chorych zebrał on swoje spostrzeżenia naukowe o wielkiej wartości, które ogłosił w 25 pracach w języku polskim i obcych.

Mintz był do ostatniej chwili bardzo czynnym członkiem Polskiego Tow. Gastrologicznego. Jego przemówienia w naszem Towarzystwie o głębokiej treści, podane w pięknej formie, nacechowane niezwykłą skromnością, słuchane były w skupieniu i z uwagą.

Za zasługi położone w dziedzinie gastrologji został mianowany członkiem honorowym Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego.

Dr. Leon Schlager.

SPIS PRAC D-RA S. MINTZA.

1) O kwasach żołądkowych. Gazeta Lekarska 1889. Nr. 13.

2) Łatwa metoda do ilościowego określenia wolnego kwasu solnego w zawartości żołądkowej. Gazeta Lekarska 1890. Nr. 19 i Wiener Klinische Wochenschrift 1889. Nr. 2.

3) O metodach ilościowego określania wolnego kwasu solnego w zawartości żołądkowej. Gazeta Lekarska 1890. Nr. 33 i Wiener Klinische Wochenschrift 1891. Nr. 9.

4) Przypadek gastritidis phlegmonosae diffusae w przebiegu raka żołądka. Gazeta Lekarska 1891 Nr. 13 — 15 i Deutsche Archiv für klinische Medizin Bd. 49.

5) O metodzie Winter - Hayem'a. Gazeta Lekarska 1891 i Deutsche medizinische Wochenschrift 1891 Nr. 52.

6) O znaczeniu kwasu solnego w lecznictwie chorób żołądka. Gaz. Lek. 1892 Nr. 21 i Wien. Klin. Wochenschrift 1892 (wspólnie z dr. Reichmanem).

7) Niezwykły przypadek uchyłka przełyku. Medycyna 1892 Nr. 29 i Deutsche Medizinische Wochenschrift 1893 Nr. 10.

8) Zwężenie bliznowe odźwiernika. Przerost odźwiernika. Rozstrzeń wtórna żołądka. Gastroenterostomia. Wyzdrowienie. Medycyna 1893 Nr. 27 i Revue de medecine 1893 Nr. 11 (wspólnie z Drem Grundzachem).

9) O zabiegach chirurgicznych w chorobach żołądka. Odczyt kliniczny 1894 Nr. 1 (wydawnictwo Gazety Lekarskiej) i Zeitschrift für Klin. Medizin Bd. XXV. H. 112.

10) O czynnościach żołądka po interwencji chirurgicznej w chorobach żołądka. Przegląd Chirurgiczny Z. III. T. II. i Wiener Klin. Wochenschrift 1894 Nr. Nr. 16, 18 i 20.

11) O czynnościach żołądka przy raku przełyku. Gazeta Lekarska 1895. Nr. 51.

12) Magensaftuntersuchung. Bibliothek der gesammten medizinischen Wissenschaften (herausgegeben von Hofr. Prof. Dr. A. Drasche) 1896 T. II. 609 — 624.

13) Przyczynek do zachowania się czynności żołądka przy raku przełyku. Medycyna 1897. Nr. 25.

14) Przypadek przepukliny smugi białej. Medycyna 1898. Nr. 6.

15) O zaniku błony śluzowej żołądka. Nowiny Lekarskie.

16) O nadżerkach wybroczynowych żołądka. Księga Jubileuszowa Dra T. Dunina 1901. str. 343 i Zeitschrift für Klinische Medicin Bd. 46. H. 4.

17) O uchyłkach dolnej części przełyku. Medycyna 1902. Nr. 44 i 45 i Wiener Medizinische Wochenschrift 1903 Nr. 6 i 7.

18) O leczeniu kamicy żółciowej. Medycyna 1903. Centralblatt fur die gesamte Medizin 1903. H. 10 und 11.

19) O recydywach po operacyjnem leczeniu kamicy żółciowej. Medycyna 1910 Nr. 1 i 2 Archiv. f. Verdauungskr. 1910 Bd. XVII.

20) O samoistnych rozszerzeniach przełyku. Medycyna 1911 Nr. 2 i Archiv. f. Verdauungskrank. 1911. Bd. XVII.

21) O niepomyślnych skutkach gastroenterostomji. Medycyna i Kronika Lek. 1915 i Archiv. für Verdauungkr. 1916. Bd. 22.

22) O pseudotabetycznej postaci wrzodu okrągłego żołądka. Neurologja Polska T. VI. 1922. Archiv. f. Verdauungskrankheiten B. XXXIV.

23) O cholecystografji. Warszawskie Czasopismo Lekarskie 1926 i Archiv. f. Verdauungskrankheiten Bd. XL (1927).

24) Przypadek wysokiej niedrożności kiszek, spowodowanej przez uwięźnięty kamień żółciowy. Gastrologja Polska 1928 r. 1 i Archiv. f. Verdauungskr. Bd. XLIV (1928).

25) Rzadki przypadek przedziurawienia żołądka do śledziony. Warsz. Czasop. Lek. 1932 (wspólnie z Drem Goldsteinem).

Choroba tęgoryjcowa.

podał

ALEKSANDER FREYD (Warszawa).

Synonimy: *ankylostomiasis, necatoriasis, uncinariosis,* blednica tropikalna, *mal coeur des nègres, tuntun,* anemja górników, blednica egipska, *Pani-Ghao,* anemja tunelowa, *cachexie aqueuse, opilacao* (Brazylja) etc.

Definicja. Choroba przebiegająca z zaburzeniami w przewodzie pokarmowym i z zespołami ciężkiej niedokrwistości, spowodowana obecnością w dwunastnicy robaków obłych: — *Ankylostoma duodenale* (tęgoryjec dwunastnicy) lub pokrewnego — *Necator americanus.*

W wyjątkowych przypadkach znajdywano u człowieka — *Ankylostoma braziliense* i *Ankylostoma ceylanicum.*

Geografja lekarska: Warunkami nieodzownemi dla rozwoju wszelkich odmian tęgoryjca są — wilgoć i wysoka temperatura, toteż najczęściej spotykamy chorobę tęgoryjcową we wszystkich krajach międzyzwrotnikowych, zaś w Europie najczęściej wśród górników Niemiec, Belgji, Walji, Północnej i Południowej Francji i naszego Zagłębia Węglowego.

W Europie na powierzchni ziemi znajduje się tęgoryjec we Włoszech, w Hiszpanji i Portugalji. Olbrzymia fala reemigrantów z wymienionych terenów kopalnianych i z południowej Ameryki sprawiła, że i w Polsce coraz częściej spotykamy się z ankylostomiazą. Z pośród siedmiu przypadków, obserwowanych i leczonych przez nas w Warszawie w r. b., możemy wyliczyć po jednym importowanym z Brazylji, Peru, Paragwaju, Angoli, Kongo i Turcji

(dyplomaci, reemigranci, etc.); jeden przypadek dotyczył osobnika, przybyłego z Zagłębia, nigdy nie wyjeżdżającego poza granice Polski.

D a n e h i s t o r y c z n e. Do końca wieku XIX znano tylko jedną odmianę tęgoryjca, pasorzytującą w ciele ludzkiem, mianowicie — *Ankylostoma duodenale*, wykrytą po raz pierwszy w jednym ze szpitali Medjolańskich przez D u b i n i'ego w r. 1843. W r. 1880 P e r r o n c i t o opisał pandemję ankylostomiazy u robotników, zajętych przy kopaniu tunelu Saint-Gothard.

W r. 1902 S t i l e s opisał inną odmianę tęgoryjca mianowicie — *Necator americanus*.

P a r a z y t o l o g j a. a) *Ankylostoma duodenale*. Robak obły, biały za życia, szary po śmierci.

Synonimy: *Strongylus quadridentatus, Dochmius ankylostomum, Sclerostoma duodenale, Uncinaria doudenalis*.

Samiec — długości 8 — 12 mm.; samiczka: 10 — 18 mm., pasorzytują w jelicie cienkiem, głównie w dwunastnicy, czasami w kiszce grubej, wyjątkowo w żołądku. Poza człowiekiem może pasorzytować na niektórych gatunkach małp i psów. Głowa, przystosowana do ssania, posiada w otworze gębowym 4 haczykowate zęby, służące do umocowania się robaka i dwa zęby stożkowate.

Samiczka składa jaja elipsoidalne o wymiarach 40 $\mu \times$ 60 μ, składające się z 2 lub 4 blastomerów. W przewodzie pokarmowym człowieka rozwój jaja dochodzi najwyżej do moruli. Ilość dorosłych pasorzytów w jelicie ludzkiem bywa b. rozmaita; od kilkunastu w lekkich, prawie nie dających objawów przypadkach do tysiąca i więcej w przypadkach, przebiegających z zespołami ciężkiej, śmiertelnej niedokrwistości. Pasorzyt posiada dwa rodzaje gruczołów — głowy i szyjowe. Pierwsze wydzielają ślinę, przeciwdziałającą krzepnięciu krwi, drugie zaś toksynę hemolityczną. Tęgoryjce są b. długowieczne. W jelicie ludzkiem mogą żyć 4 — 6 lat.

Poza przewodem pokarmowym, o ile ziemia jest wilgotna, przy temperaturze wyższej niż 22° (optima 25° — 30°), embryon przekształca się w ciągu 2 — 10 dni w larwę, która opuszcza jajo, przebijając jego otoczkę.

W czasie tym larwa liczy 210 μ długości; po 4 — 5 dniach liczy już prawie ½ mm. Po usiągnięciu tych wymiarów, larwa otar-

bia się, wytwarzając otoczkę chitynową, w której może przetrwać około roku (w dobrych warunkach).

Dostawszy się do przewodu pokarmowego człowieka błonka chitynowa ulega rozpuszczeniu w soku żołądkowym, zaś larwa ulega ostatecznym przeobrażeniom w dwunastnicy, gdzie, jak już wyżej zaznaczyliśmy, może żyć 4 — 6 lat. Po tym czasie, rzecz prosta, może nastąpić samowyleczenie.

b) Drugim z kolei pasorzytem, wywołującym chorobę tęgoryjcową, jest *Necator americanus*, (synonimy: — *Uncinaria americana*, *Ankylostoma americanum*, *Necator Argentinus*) o cyklu rozwojowym i o cechach biologicznych identycznych z *A. duodenale*, należący do tegoż podrzędu — *Strongyloideae*.

Różni się od *A. d.* brakiem haczykowatych zębów i nieco mniejszemi wymiarami, przy nieco bardziej wydłużonych jajach (40 μ × 70 μ)

Klinika i terapja zaburzeń, wywołanych przez obecność w ciele ludzkiem *Necator'a* pokrywa się w zupełności z ankylostomiazą; toteż symptomatologję, rozpoznanie, rokowanie i leczenie będziemy rozpatrywali wspólnie dla obu odmian pasorzyta, wywołującego tę samą chorobę tęgoryjcową.

E t i o l o g j a.

Dawniej przypuszczano, że pasorzyt może się dostać do dwunastnicy wyłącznie per os. Obecnie nie ulega wątpliwości, że jest to droga wyjątkowa, a prawie zawsze tęgoryjec dostaje się do ustroju przez powłoki skórne. Pierwszy dowiódł tego na sobie samym L o o s (z Kairu), dzięki swoim klasycznym doświadczeniom.

Najczęściej bywa tak: błoto, zawierające otorbione larwy tęgoryjca, przylepia się do bosych nóg lub gołych rąk; larwy, czując bliskość skóry ludzkiej, opuszczają swą otoczkę, przebijają naskórek i skórkę właściwą i dostają się do światła jednej z żył podskórnych. Uniesione prądem krwi, dostają się poprzez prawe serce do płuc. Z pęcherzyków płucnych poprzez oskrzeliki, oskrzela i tchawicę dosięgają gardzieli, skąd opuszczają się przez przełyk do żołądka, aby wreszcie umiejscowić się ostatecznie w dwunastnicy, gdzie następuje ostatni etap ich rozwoju z przeobrażeniem się w dorosłego już tęgoryjca.

Niektórzy autorzy przypuszczają, że istnieje jeszcze trzecia

możliwość zainfekowania organizmu, — mianowicie przez drogi oddechowe.

Jest to przypuszczenie dość realne, gdyż otorbione larwy, znosząc dobrze suszę przez czas dłuższy, mogą być unoszone w powietrzu z tumanami kurzu; dostawszy się przy wdechu do tchawicy, mogą poprzez gardziel i przełyk kontynuować swą klasyczną drogę.

H. Howard stwierdził w r. 1918 chorobę tęgoryjcową u noworodka 14 dniowego. Po nim wielokrotnie stwierdzano to u dzieci jeszcze młodszych, skąd wniosek o możliwości istnienia ankylostomiazy wrodzonej. Wydaje się to o tyle prawdopodobne, że larwy, znajdując się w krążeniu wielkiem, w każdej chwili mogą być porwane w kierunku łożyska.

Całkowity ,,okres wylęgania" choroby tęgoryjcowej trwa 2 — 3 tygodni.

Anatomja patologiczną i patogeneza. We krwi znajdujemy zespoły niedokrwistości złośliwej. Liczba krwinek może spadać do 1 miljona, a nawet niżej. Rzuca się w oczy stosunkowo nieznaczna poikilocytoza, natomiast odsetek ciałek kwasochłonnych wzrasta niepomiernie, dochodząc do 20 — 40%, a nawet do 60% i więcej.

Na zasadzie bardzo licznych własnych spostrzeżeń (Ameryka Południowa i Środkowa, Afryka północna, Francja południowa i Hiszpanja) stwierdzić możemy, że procent eozynofilów nigdy nie jest wskaźnikiem nasilenia się sprawy chorobowej, a tembardziej nie stanowi o przepowiedni.

Bardzo często w przypadkach rozpaczliwych z liczbą czerwonych ciałek około miljona, z całą gamą groźnych objawów — ciałka kwasochłonne nie o wiele przekraczały normę (5 — 8%), natomiast niejednokrotnie w przypadkach zupełnie lekkich, gdy rozpoznanie mogło być ustalone dopiero po badaniach koprologicznych, eozynofilja dochodziła do maximum, t. j. jak już zaznaczyliśmy wyżej, do 60% i więcej.

Zaznaczyć również należy, że dość często nieznaczny początkowo odsetek eozynofilów wzrasta wybitnie po rozpoczęciu leczenia aby po trzech tygodniach osiągnąć cyfrę maksymalną, poczem spada powoli do normy.

Odsetek hemoglobiny spada b. znacznie, dochodząc do 40, a nawet do 20%.

Przy otwieraniu dwunastnicy podczas sekcji rzucają się w oczy tęgoryjce, przyssane do śluzówki.

Posiadając potężnie uzbrojone otwory gębowe, drążą wgłąb, dochodzą aż do podśluzówki, niszczą tkankę, tworząc nadżerki, które często mogą stać się wrotami infekcji.

Dawniej przypuszczano, że ciężka niedokrwistość, towarzysząca z reguły ankylostomiazie, jest wynikiem czynników czysto mechanicznych, t. j. ssaniu krwi przez pasorzyty.

Najnowsze badania dowodzą, że tęgoryjce żywią się prawie wyłącznie śluzówką, do której krew stanowi tylko nieznaczną domieszkę; natomiast naprawdę anemizującemi dla człowieka stają się dzięki wydzielaniu dwuch toksyn. Jedna z nich, zbliżona do *hirudiny*, obniża w znacznym stopniu krzepliwość krwi, naskutek czego z nadżerek, opisanych wyżej, krew sączy się bez przerwy, toteż wszystkie próby laboratoryjne na obecność krwi w przewodzie pokarmowym wypadają dodatnio.

Największe jednak spustoszenie we krwi czyni druga z toksyn, wybitnie hemolityczna. L o e b, W h i p l e, C a l m e t t e i inni otrzymywali hemolizę nawet *in vitro*, dodając do krwi wyciągi z tęgoryjców.

Poza zmianami, opisanemi wyżej, znajdujemy na sekcji, w przypadkach cięższych, zwyrodnienia tłuszczowe narządów wewnętrznych, najczęściej wątroby; wszystkie narządy na przekroju — blade; płuca obrzękłe, zastoinowe; często obrzęki podskórne, ***ascistes, hydrothorax i hydropericardium.***

S y m p t o m a t o l o g j a.

A. Z e s p o ł y s k ó r n e — występują, o ile mamy do czynienia z dość silnem (ilościowo) wtargnięciem pasorzytów przez skórę. Chory odczuwa w miejscu wtargnięcia mrowienie lub szczypanie, przechodzące po pewnym czasie w silne swędzenie, jednocześnie ukazują się wykwity skórne, plamkowate, guzkowate, pęcherzykowate lub wypryskowe, zależnie od klimatu, pory roku i szerokości geograficznej.

Wybitne natężenie objawów skórnych (zależne od dużej ilości larw, przechodzących poprzez powłoki skórne) pozwala nam rzecz prosta, wnioskować, że choroba tęgoryjcowa będzie miała ciężki przebieg.

Ankylostomiaza skórna może stać się punktem wyjścia dla całego szeregu miejscowych lub ogólnych zakażeń (czyraczność, wrzód żrący, tężec, etc.).

U górników europejskich dermatoza tęgoryjcowa umiejscawia się najczęściej na dłoniach, zaś u tubylców w krajach międzyzwrotnikowych — na kończynach dolnych (chodzenie boso po wilgotnej ziemi). Objawy skórne mogą trwać do kilku tygodni, chociaż same larwy nie pozostają w skórze ponad kilka minut.

B. Z e s p o ł y o s k r z e l o w o - p ł u c n e powstają w czasie przechodzenia larw z płuc do gardzieli. Zjawiają się wówczas objawy typowego nieżytu oskrzelowego, dość ostro przebiegającego, doprowadzającego często do rozstrzeni oskrzeli i do rozedmy. W przypadkach wtargnięcia wyjątkowo wielkiej ilości larw może dojść do obrzęku płuc.

C. Z e s p o ł y j e l i t o w e rozpoczynają się z chwilą ostatecznego umiejscowienia się pasorzytów w dwunastnicy, ewentualnie w jelicie czczem. Nie wszystkie dochodzą do celu; część zostaje wydalona z oskrzeli wraz z plwociną, część ginie w walce z fagocytami etc. Od bezwzględnej liczby umocowanych w śluzówce tęgoryjców będzie zależało nasilenie i charakter objawów.

Pierwszy, najbardziej charakterystyczny objaw, to „niepokój" w okolicy nadbrzusza, przechodzący w ból, połączony prawie zawsze z mdłościami.

Ból ów, potęgujący się przy ucisku, ustępuje po przyjęciu obfitej ilości pokarmów.

Ciągłe mechaniczne drażnienie śluzówki dwunastnicy powoduje na drodze odruchowej szereg zaburzeń w sferze wegetatywnej objawiających się wymienionemi już mdłościami, perwersją łaknienia *(pica)*, chorobliwem pożądaniem potraw b. ostrych *(malacia)*, wreszcie najczęściej *geofagją*, wskutek czego powstaje błędne koło. Chory dla uspokojenia bólu i dzięki chorobliwemu głodowi spożywa wielkie ilości ziemi, zawierającej otorbione larwy tęgoryjca, co daje drugą falę infekcji etc. etc.

Po pewnym czasie (o ile chory nie jest odpowiednio leczony) występują dalsze objawy — *meteorismus*, wymioty wodniste, śluzowe, żółciowe, zaparcia z następczemi biegunkami, (najczęściej o typie czerwonki), wreszcie klasyczne objawy krwotoków jelitowych.

D. Zespoły anemiczne nie każą na siebie długo czekać. Powłoki skórne i śluzówki bledną, już w kilka tygodni po wystąpieniu objawów chorobowych, chory zaczyna odczuwać duszność przy każdym wysiłku, tętno jest częste i słabe, granice serca powiększone, zjawiają się stany lękowe, zawroty; chorego niepokoją częste krwotoki (nos, siatkówka, etc.), mięśnie zanikają.

Wprzypadkach cięższych zjawiają się obrzęki, puchliny, a nawet czasami obrzęk płuc („*cachexie aqueuse*" dawnych autorów).

Zwykle jednocześnie z wystąpieniem zespołów anemicznych podnosi się ciepłota ciała, dochodząc do 38,5°. Tor ciepłoty, zupełnie nieregularny, bywa przeplatany okresami hypotermji.

W przypadkach najcięższych może wystąpić żółtaczka typu hemolitycznego, co daje najgorsze rokowanie.

E. Zespoły nerwowe i umysłowe. W okresach późniejszych choroby tęgoryjcowej może dojść do zaburzeń sfery płciowej; — u mężczyzn *impotentio*, u kobiet *frigiditas*, połączona ze skłonnością do poronień i z zaburzeniami menstruacyjnemi.

Odruchy są bardzo osłabione albo nawet zniesione. Władze umysłowe, szczególnie pamięć słabną, twarz przybiera niezwykle tępy wyraz, spotęgowany jeszcze obrzękiem.

Chorego ogarnia coraz większa apatja i niezwalczone lenistwo, absolutnie uniemożliwiające wszelką pracę.

Jeżeli choroba (nieleczona) rozwinie się we wczesnem dzieciństwie, to następuje zahamowanie wzrostu i rozwoju, rzucające się odrazu w oczy, przypominające infantylizm pozimniczy.

Rokowanie i zejście. Według niektórych autorów (np. Smillie) przebieg choroby jest ściśle uzależniony od ilości dorosłych pasorzytów. Niewielkie ilości tęgoryjców (do25) — nie dają żadnych objawów, zaś ponad 500 występują już wszystkie opisane powyżej zespoły ciężkiej ankylostomiazy.

Czasami nawet dość znaczna ilość robaków może nie dawać żadnych objawów tak długo, dopóki jakaś inna przyczyna nie osłabi organizmu ludzkiego.

O ile mamy do czynienia z *jednorazowem* wtargnięciem larw, to, jak już zaznaczyliśmy na wstępie, po 4 — 6 latach może nastąpić kompletne samowyleczenie.

W ciężkich przypadkach (nieleczonych) chory zwykle ginie w krańcowem charłactwie, przyczem często wychudzenie jest b. trudne do zauważenia, ze względu na współistniejące rozlane obrzęki.

Zejście śmiertelne może przyspieszyć szereg czynników, np. skrwawienie lub *septicaemia* pochodzenia jelitowego.

Wcześnie i intensywnie przeprowadzone leczenie, kontrolowane okresowo badaniami koprologicznemi i hematologicznemi *(eozynofilja!)* daje najlepsze rokowanie i doprowadza do zupełnego wyleczenia.

Choroba tęgoryjcowa, obniżająca zdolność do pracy i zdolność rozrodczą, degenerująca młode pokolenia, — w tych miejscowościach, gdzie panuje pandemicznie — winna być uznana za chorobę społeczną.

R o z p o z n a n i e. W rozpoznaniu różniczkowem musimy wziąć pod uwagę: niedokrwistość postępującą złośliwą, blednicę, przewlekłą zimnicę, złośliwe nowotwory przewodu pokarmowego, beri - beri, gruźlicę etc. Wyraźna ezynofilja naprowadza naszą myśl w kierunku ankylostomiazy, badanie koprologiczne (jaja) — ostatecznie ustala rozpoznanie.

Przy mikroskopowaniu należy silnie diafragmować aparat L a b b é'g o, gdyż jaja tęgoryjca są b. przezroczyste.

L e c z e n i e. W walce z ankylostomiazą mamy cały szereg najrozmaitszych środków, z których najpotężniejsze są: *ol. chenopodii, thymolum i carboneum tetrachloratum.*

a) *Oleum chenopodii* — olejek komosowy, otrzymany z rośliny *Chenopodium ambrosioides* i z jej licznych odmian (synonimy: — *Herva de Santa Maria, Herbata Meksykańska, Herbata Jezuicka, Apozote, American wormseed, Ansérine vermifuge,* etc. etc.). *Ol. chenopodii* rozpuszcza się b. łatwo w alkoholu, toteż podczas trwania kuracji należy bezwzględnie się powstrzymywać od spożywania napojów wyskokowych.

Dorosłym podajemy 30 — 40 kropel (1½ — 2 cm^3), najlepiej w kapsułkach żelatynowych. Kapsułki należy wyżyć w ciągu 1 — 2 godzin naczczo. W godzinę po ostatniej kapsułce — *natrium sulfuricum* w dość silnej dawce. Dzieciom dajemy po 1 kropli na rok życia (do 15 lat). Kobietom ciężarnym, osobom po pięćdziesiątce i chorym b. wynędzniałym dawkę należy zmniejszyć.

Niektórzy autorzy przestrzegają przed olejem rycynowym, jako doskonałym rozpuszczalnikiem kwasu, inni, np. P e y r e, przeciwnie, radzą łączyć obydwa środki:

Rp. Ol. chenopodii 4,0
Ol. ricini 30,0
M. D. S. Dwudniowa kuracja.

W razie objawów nietolerancji leku (zawroty, szum w uszach, mdłości, etc.) należy podawanie olejku komosowego przerwać. Dietę zachowywać wyłącznie w dniu kuracji.

Ol. chenopodii, będąc najsilniejszym ze znanych obecnie środków przeciwtęgoryjcowych, w najlepszym wypadku zabija 80 — 95% pasorzytów; toteż zawsze należy po upływie 2 — 3 tygodni kurację powtórzyć.

b) *Thymolum*. Stary, wypróbowany środek. Należy go podawać w postaci doskonale sproszkowanej, najlepiej w kapsułkach po 1,0; co godzinę — kapsułkę. Dawkowanie regulujemy zwykle według G u e r n e r a:

niemowlęta roczne — 0,5,
dzieci pięcioletnie — 1,0,
dzieci dziesięcioletnie — 2,0,
młodzież 14 — 16 letnia — 3,0,
20-o letni — 4,0,
40 — 50-o letni — 5,0,
powyżej 50 lat — 4,0.

W 4 — 5 godzin po pierwszej kapsułce choremu dajemy sporą dawkę soli glauberskiej (25 — 30 g.), przestrzegając go, by unikał pokarmów i leków, zawierających wyskok, oliwę, chloroform, eter, glicerynę i terpentynę, jako ciał, w których się thymol b. łatwo rozpuszcza.

Według B r u m p t'a, thymol jest bezwzględnie przeciwwskazany u chorych ze zmianami w mięśniu sercowym i w nerkach, u cierpiących na czerwonkę i u bardzo osłabionych.

c) *Carboneum tetrachloratum* — czterochlorek węgla, bardzo tani i bardzo skuteczny środek, przeciwwskazany bezwzględnie u chorych z niedomogą wątroby.

Do 15-go roku życia dajemy 0,2 czterochlorku na rok życia. Dorosłym dajemy 3 — 4 cm^3, w kapsułkach żelatynowych lub z

wodą, która się układa jako górna warstwa, odgradzając nas od przykrego zapachu leku.

Lekarstwo podajemy w trzech dawkach (co godzinę). Środki czyszczące są zwykle zbędne, gdyż czterochlorek węgla posiada sam własności czyszczące.

d) *Extractum filicis maris*, polecany gorąco przez autorów belgijskich i niemieckich, dawał nam bardzo nikłe wyniki; stosunkowo najlepiej działał w połączeniu z chloroformem (według klasycznej recepty M a l v o z'a), co przypisywaliśmy wyłącznie chloroformowi.

e) *Naphtol* — β polecany przez M a n s o n'a zamiast thymolu, w tych samych mniej więcej dawkach — nie dawał nam zadawalających wyników.

f) *Essentia eucalipti* ma nie dawać żadnych objawów ubocznych. H e r m a n poleca receptę:

Essentiae eucalipti 2,0
Chloroformi 3,0
Ol. ricini 40,0
M. D. S. Wypić w ciągu godziny.

Powtarzać kurację 3 dni z rzędu.

g) *Gomenol* — wyciąg z rośliny *Malaleuca viridiflora*, wprowadzony do lecznictwa ankylostomiazy przez B r i m o n t'a dawał mu dobre wyniki w połączeniu z chloroformem i z olejem rącznikowym. Dość drogi.

h) *Doliarine*, wyciąg z „*Ficus doliaria*", stosuje się po 30 gramów co 3 dni, w ciągu 1 — 2 tygodni. Środek niepewny.

W ostatnich czasach K a n t o r proponuje podawać środki przeciwtęgoryjcowe bezpośrednio przez zgłębnik dwunastniczy.

W lipcu 1931 zaproponowaliśmy, na zasadzie własnych doświadczeń, wypróbowanie *ol. chaulmoograe* jako środka przeciwtęgoryjcowego (Paryż, Kongres Medycyny Kolonjalnej).

Z a p o b i e g a n i e da się ująć w kilku lapidarnych zdaniach.

1) Leczyć masowo chorych i nosicieli.

2) Budować zamknięte latryny tam, gdzie niema kanalizacji.

3) Niedopuszczać do kontaktu skóry ludzkiej z ziemią, zawierającą larwy. (Noszenie obuwia przez rolników i tubylców, i rękawiczek nieprzemakalnych przez górników).

BIBLJOGRAFJA.

Le Dantec — Uncinariose.

Joyeux — Précis de Médecine Coloniale.

Brumpt — Précis de parazitologie.

Castellani and Chalmers — Manual of tropical Medicine.

Manson-Bahr — Mansons's tropical diseases.

Mayer — Exotische Krankheiten.

Spire et Leger — Guide de thérapeutiqque coloniale.

Guiart et Garin — Ankylostomose.

Freyd — Une propriété nouvellement observé de l'huile de Chaulmoogra.

Sprawozdanie z Międzynarodowego Kongresu Lekarskiego, poświęconego kamicy żółciowej w Vichy r. 1932.

Podał

Dr. Lucjan Regmunt SOBIESZCZAŃSKI.

(Referaty główne).

W dniach 19 — 22 września obradował w Vichy Międzynarodowy Kongres Lekarski o kamicy żółciowej pod przewodnictwem prof. Pawła Carnot.

Zjazd otworzył dnia 19 Września o g. 16 wobec 1500 uczestników w sali teatralnej miejscowego kasyna p. Justin Godard, minister zdrowia publicznego. Po mowach powitalnych zarówno ze strony gospodarzy, jak i 24 delegatów państw zaproszonych (delegat polski na Zjazd nie przybył), Minister witał zebranych w kraju win i wód mineralnych, jakim jest Francja. Wieczorem o g. 19 m. 30 w temże kasynie odbył się uroczysty bankiet otwarcia, który zgromadził koło 1500 osób.

Obrady naukowe Kongresu, poświęconego wyłącznie kamicy żółciowej, rozpoczęły się dnia następnego (20-go) o g. 8½ i odbywały się na plenum i 4 sekcjach: medycyny wewnętrznej, chirurgji, terapji i hydrologji, oraz elektro-radjologji i fizykoterapji.

Porządek obrad obejmował 3 tematy główne: 1) następstwa po usunięciu pęcherzyka żółciowego, 2) leczenie wewnętrzne i hy-

dromineralne pęcherzyka żółciowego w kamicy żółciowej, 3) wątroba kamicowa.

Temat I. Skutki usunięcia woreczka żółciowego. (dnia 20.IX, przewodniczący P. Carnot). John V. Donnet (New-York). Badania doświadczalne wskazują, iż po usunięciu pęcherzyka żółciowego główne drogi żółciowe, a szczególnie kikut woreczka, ulegają stopniowemu biernemu rozszerzeniu, poczynając od zewnętrznych (już po 30 dniach) do wewnątrz - wątrobianych. (Zambacari 1650, Oddi 1888 i inni). Rozszerzenie kikutu woreczka żółciowego jest nieraz tak znaczne, że przyjmowane bywa za nowoutworzony woreczek. Budowa histologiczna jest jednak odmienna.

Ścianki rozszerzonych dróg żółciowych ulegają sprawom zanikowym (nabłonek, tkanka elastyczna), oraz łatwo zakażeniom dzięki wzmożeniu zjadliwości zwykłej flory kiszkowej. Czynność wydzielnicza żółci, oraz trawienna — głównie co do przyswajania tłuszczów — ulega poważnym zaburzeniom (n. X). Te same zmiany powstają przy dłuższem wyłączeniu czynności woreczka żółciowego, dlatego też pogląd, iż wycięcie pęcherzyka żółciowego nie wywołuje poważnych zaburzeń, na mocy obecnego stanu nauki nie jest uzasadniony. Wniosek praktyczny autora: wycięcie woreczka jest usprawiedliwione tylko wtedy, gdy czynność jego jest poważnie uszkodzona.

Prof. David Wilkie (Edynburg). Odległe wyniki wycięcia pęcherzyka żółciowego (Studjum kliniczne). Można już mówić o tem, bowiem 50 lat upływa od wprowadzenia tego zabiegu przez Langenbucha. Zabieg wycięcia pęcherzyka żółciowego ma 4 następujące wskazania (650 przypadków): 1) ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego z niedrożnością przewodów (54 przypadki), 2) kolka pęcherzykowa przewlekła (448 przypadków), 3) objawy wtórne niestrawności (122 przypadki), 4) objawy toksyczne w odległych narządach (26 przypadków). W kilku przypadkach zdarzała się kumulacja tych wskazań.

Przy pierwszem wskazaniu mamy do czynienia ze sprawą chorobową pęcherzyka żółciowego, zwykle zakażeniem odkiszkowem, i prawdopodobnie przez krew; zabieg wycięcia jest wtedy uzasadniony, oraz mało niebezpieczny przy należytem jednak przy-

gotowaniu chorego. W razie współistnienia zajęcia dwunastnicy lub wyrostka robaczkowego trzeba te sprawy leczyć wraz z woreczkiem. Wyniki wycięcia pęcherzyka żółciowego w zamknięciu przewodów z chwilą uciszenia się sprawy są dobre, o ile nie przeoczy się kamyka, wrzodu dwunastnicy lub zapalenia wyrostka robaczkowego. Niektóre jednak dolegliwości, prawdopodobnie pochodzenia wątrobowego, wymagają leczenia wewnętrznego. W niestrawności, bez kolki wątrobianej, operacja daje dobre wyniki, odbijania kwaśne i nietrawienie tłuszczów nieraz pozostaje.

Zabieg ten ma niekiedy wpływ pomyślny na toksyczno-zakaźne schorzenia wtórne w sercu, nerkach i stawach. Kryzy wątrobiane z migreną i wymiotami nie poprawiły się po zabiegu, pozostała również nietolerancja na tłuszcze, szczególnie potrawy smażone. Powtórzenie się kolki żółciowej po zabiegu przypisuje autor pozostawieniu kamienia, lub samego pęcherzyka, skurczowi zwieracza Oddi'ego etc. Wyraźnego szkodliwego następstwa nie mógł referent przypisać samemu usunięciu woreczka.

Prof. A. G o s s e t i D. P e t i t - D u t a i l l i s (Paryż). P o z o s t a ł o ś c i p o u s u n i ę c i u p ę c h e r z y k a ż ó ł c i o w e g o (w s k a z a n i a c h i r u r g i c z n e). Radząc choremu zabieg, trzeba wziąć pod uwagę, iż 40% operowanych ma następnie rozmaite dolegliwości, w 60% lekkie (bóliki, niestrawność), które nie zawsze przypisać należy drogom żółciowym.

Poważne następstwa zachodzą w 5 do 10% po zabiegach, mogąc nawet wymagać nowej operacji. Dają się one ująć w grupy: 1) K o l k a ż ó ł c i o w a powtarzająca się z żółtaczką przewlekłą z powodu zamknięcia światła. Rzadko tutaj powodem jest kamień, częściej inne przyczyny (zapalenie zlepne przewodu wspólnego, zrosty zwężające światło tegoż, sprawy zapalne w sąsiedztwie np. trzustce i t. p.), lub też zapalenie wątroby. Wskazanym zabiegiem w większości przypadków jest drenowanie przewodu wspólnego, zwykle bez nawrotów. 2) P r z e t o k i ż ó ł c i o w e p o o p e r a c y j n e, często z żółtaczką, są b. rzadkie przy dzisiejszej technice, powstają po zranieniu przewodu wspólnego w czasie zabiegu, powikłanie ciężkie. Operacje powtórne dają duży odsetek śmiertelności (20% L a h e y). 3) Pozabiegowe z w ę ż a j ą c e n i e ż y t y d w u n a s t n i c y i o k r ę ż n i c y są spowodowane zrostami po operacji; usunąć je można bądź przez wyswobo-

dzenie zrostów, bądź połączeniem narządów (żołądka i kiszek) z dobrym skutkiem (98% Hartmann); trzeba się liczyć z możliwością gruźlicy, lub kiły. W końcu autorzy podają wyniki 111 operowanych w Salpetriere, szczegółowo i długo obserwowanych przez nich

Najlepsze wyniki (90% wyzdrowień) mieli w zapaleniach pęcherza żółciowego z kamicą, w poziomkowatości tego—Mc G a r t h y (1910) Strawbery vesicle (79 przypadków razem), szczególniej tyczy się to napadów kolki. W zapaleniach woreczka żółciowego przewlekłych, nie kamicowych (32 przypadków), zabieg pomaga tam (71%), gdzie są poważne stany zapalne.

Prof. G a s t o n G i r a n d (Montpellier). P o z o s t a ł o ś c i p o w y c i ę c i u p ę c h e r z a ż ó ł c i o w e g o; l e c z e n i e w e w n ę t r z n e i w o d a m i m i n e r a l n e m i. Są one tylko w nieznacznym odsetku spowodowane usunięciem pęcherza żółciowego (brak silnego wydzielania żółci po posiłkach) lub aktem zabiegowym (powikłania zakażeniem i zrostami), głównie zaś zaburzeniami czynności wątroby i humoralnemi. Dla bezpieczeństwa chory musi zachować przepisy dietetyczne i higieniczne, zażywać leki (żółciopędne, opoterapeutyczne i odkażające), k r e n o t e r a p j ę. Vichy, Chatel-Guyon $MgSO_4$, Vittel $CaSO_4$, Karlsbad. Praktycznie przeszkadzają choremu po zabiegu bóle, często biegunki, zwykle z powodu niedomogi wątroby, z tego wynikają wskazania do leczenia.

H e n r i B é c l è r e (Paris). R e n t g e n o d i a g n o s t y k a p o z o s t a ł o ś c i p o w y c i ę c i u p. ż. Często u chorych, cierpiących jeszcze po zabiegu, R o e znajduje kamienie lub kawałek drenu w dolnej części przewodu wspólnego, w innych razach zapalenia błony surowiczej, lub przemieszczenie i zniekształcenie opuszki dwunastnicy, lub jej górnego kolana (zwężenia). Zrosty mogą również sięgać do dolnej części dwunastnicy, nawet wstępnicy. Zdjęcia na lewym boku dają nieraz cenne odkrycia.

Rozprawa.

P a v e l (Bukareszt) podkreśla, iż nowoutworzone rozszerzenie kikuta przewodu pęcherzykowego nie może, chyba wyjątkowo, u człowieka spełniać czynności skurczowej i stężeniowej.

F e i s s l y (Lozanna) nie stwierdzał po cholecystektomji u ludzi (12 przypadków) różnicy w przyswajaniu tłuszczów w 80%.

G. K r e m e r (Warszawa) obserwował wyjście kamienia z dróg żółciowych po stosowaniu metody własnej: spokój, duże dawki narkotyków, woda bidestylowana.

V o n B e r g m a n (Berlin) uważa cierpienie po cholecystektomji nie za neurastenję, a za niedomogę trzustki lub zwężenie przewodu wspólnego.

O s k a r P r i b r a m (Berlin) przypisuje cierpienia po zabiegu stanowi zapalenia wątroby, wskutek wypadnięcia czynności p. ż., regulującej wydzielanie żółci, wynika stąd zastój żółci — przyczyna zakażenia wątroby.

J e a n V i l l a r (Bordeaux) podkreśla, iż najlepsze rezultaty (72% wyzdrowień w 260 przypadkach) daje usunięcie woreczka kamicowego, opornego na leczenie wewnętrzne i wodami mineralnemi; przy braku kamieni w woreczku wyniki gorsze (na 52 przypadki — 50% wyleczeń); obecnie operuje tylko p. kamicowe.

S t e f a n C u k o r (Budapeszt) twierdzi, iż uniknęłoby się pozostałości po cholecystektomji przy współdziałaniu ściślejszem chirurga z internistą.

D e M a r t e l (Paryż) przestrzega przed usuwaniem zdrowego pęcherzyka, (t°, polynukleoza), pozostawianiem kamieni w przewodach żółciowych, zapominaniu o zespoleniu p. ż.

B é r a r d i M a l l e t - G u y (Lyon) radzą badać chorych dokładnie, przez zgłębnik 12-czy dla wykrycia po zabiegu zaburzeń czynności wydzielania żółci, staza zawsze daje wzmożenie flory drobnoustrojowej, co prowadzi do chorób wątroby.

D i e g o d e M o x o Q u e r i (Barcelona) podnosi korzystne działanie zabiegu na czynności trawienne.

L a m b r e t (Lille) uważa zabieg wycięcia woreczka za doskonały tylko w kamicy, przy uprzednich chorobach wątroby za znacznie gorszy (pozostałości); radzi zwracać uwagę na współistniejące cierpienia (appendicitis, opuszczenie żołądka) i więcej dobierać przypadki dla tej operacji.

Prof. H a r t m a n n (Paryż), streszczając dyskusję, przypomina, iż zabieg wycięcia woreczka jest świetnym w kamicy wo-

reczkowej, a właśnie zagadnienie kamicy żółciowej jest celem Kongresu.

Temat II. Leczenie wewnętrzne i mineralne pęcherzyka żółciowego w kamicy.

Przew. Hijmans van den Bergh (Utrecht), o 14-ej, 21.IX.

Chiray (Paryż) i Pavel (Bukareszt). Wskazania do zgłębnikowania dwunastniczego w leczeniu kamicy żółciowej. Doświadczenia Meltzera na zwierzętach i lecznicze Vincent — Lyon'a (25% $MgSO_4$) zostały wprowadzone do lecznictwa kam. ż., 1) rozluźnienie cz. 12-cy i zwieracza Oddi, 2) skurcz p. ż., gdy spostrzeżono ich pomocność po zgłębnikowania rozpoznawczem. Metoda Allarda — (15% — 300 cm.^{3}), zgłębnikowanie co 5 — 8 dni dla opróżnienia z kamieni przewodu wspólnego była brutalną, wywoływała kolkę (narkotyki, okłady), lecz nieraz unikano zabiegu, bo kamienie wychodziły, a często znikała żółtaczka.

Zgłębnikowanie dwunastnicy pędzi żółć z przepełnionych zastojem przewodów, co nieraz i po operacji pomaga, zmniejszając bóle, znosi skurcz zwieracza Oddiego. Przy ropnych schorzeniach wewnątrzwątrobowych dróg żółciowych, zgłębnikowanie odkaża przewody nawet po zabiegu. W przetokach żółciowych zgłębnikowanie wywołuje prawidłowy odpływ żółci i zagojenie przetoki. Wreszcie przy kamicy p. ż. zgłębnikowanie zapobiega zastoinie żółci i zakażeniu. Oczywiście zabieg ten nie poprawi zmian anatomicznych p. ż. (zrostów etc.). Samą metodę można uczynić więcej elastyczną (% MSO_4, ilość płynu), przez co rozszerzyć jej zastosowanie.

Doc. E. Chabrol (Paryż). Leczenie choleretyczne. (żółciotwórcze). Wskazania i przeciwwskazania w kamicy pęcherzykowej.

Leczenie choleretyczne ma na celu pobudzenie zdolności wydzielniczej komórki żółciowej, bez wywołania gry p. ż. i opróżnienia kanałów żółciowych. Chodzi tu o drenowanie wątroby celem polepszenia jej czynności w czasie kamicy żółciowej, oraz w chorobach odżywiania.

W pracy z pp. Charonnat i Maximin na 300 psach z przetoką ż. referent doszedł do wniosku, iż najczynniejszemi środkami choleretycznemi są pochodne naftaliny i fenolu, wśród

nich poważne środki odkażające (np. e u g e n o l). U ludzi środki te, stosowane doustnie, są zwykle żółciopędnemi (c h o l e g o g a), a często toksycznemi dla wątroby. W klinice rozróżniamy: 1) działanie choleretyczne w nagłym przypadku, gdy chodzi o kamicę zakażoną, nazajutrz po operacji, w celu „przemycia" dróg żółciowych (atophan, żółciany, naftole w zastrzykach etc.), 2) działanie słabsze doustne, przerywane u kamicowych. Do tego rzędu należą sł. HCl (sekretyna), preparaty roślinne, ziółka (rodziny z ł o ż o n e i w a r g o w e, compositae et labiatae), w o d y mineralne (Vichy: G r a n d e G r i l l e, H ô p i t a l, C h o m e l), co autor stwierdził doświadczalnie w pracach nad zgłębnikowaniem 12-czym z Dr. J. Cottet'em; tutaj należą również małe dawki a t o f a n u (à 0,2 × 5), ż ó ł c i a n s o d u, a s p i r i n u m m o n o c h l o r a t u m, c h l o r a l o s a (0,02 × 5) etc.

Przeciwwskazaniami będą te stany, gdzie stosowanie leczenia cholerytycznego byłoby stratą czasu, więc zapalenie p. ż. bądź z zamknięciem jednego z przetworów ż. głównych, bądź z zapaleniem wątroby. Działanie ż. twórcze i ż. pędne w praktyce łączy się często z moczopędnym.

Doc. P. A b r a m i (Paryż). O d k a ż a n i e p ę c h e r z y k a ż ó ł c i o w e g o p r z e z a n t y s e p t y k ę l e c z n i c z ą.

Do sposobów pewnych należą prócz mechanicznych (zgłębnikowanie 12-cy) również antyseptyka chemiczna i jonowa (zmiana stężenia j o n ó w H).

Autor podkreśla trudności odkażenia żółci, woreczka ż., przewodów, miąższu w. (różne ogniska, impedimenta, r. jadowitość), często źródło zakażenia leży gdzieindziej (migdałki, zęby), lub są przeszkody mechaniczne (kamienie). Autor na zasadzie doświadczeń przychodzi do wniosku, iż ani w a k c y n o- ani s e r o t e r a p j a, ani środki a p t e c z n e (salicylaty, urotropina, błękit metylenowy etc.) nie prowadzą do celu, jedynie a l k a i z a c j a ż ó ł c i może pomóc (rzecz mało zbadana!).

W części III autor daje wskazówki praktyczne do przeprowadzenia zakażenia dróg żółciowych w saprofityzm tolerowany przez ustrój, polecając zastrzyki dożylne urotropiny. M i n e t, stosując roztwór 25% (15 injekcyj) miał 78% wyzdrowień na 65 chorych z przewlekłym zapaleniem woreczka. Trzeba jednak według

referenta łączyć antyseptykę ze zgłębnikowaniem 12-cy i leczeniem żółciopędnem (Vichy, Vitel, Carlsbad).

Prof. F. Umber (Berlin). Leczenie ochronne wątroby w kamicy żółciowej.

W obronie przed hepatozą (przewlekła żółtaczka, odor hepaticus) od r. 1919 referent radzi dużo lewulozy i dekstrozy z zastrzykami insuliny, celem przeciwdziałania hipoglikemji wątroby. Odkażaniem dróg żółciowych ($MgSO_4$ — 8 — 12 gr. i hypophysis post., Saliformine Merck 0,5 × 3) i kuracją wodami mineralnemi zapewniamy rekonwalescencję. Zabieg musi być przedyskutowany w każdym przypadku.

Piéry i Milhaud (Lyon). Działanie wód mineralnych na zawartość p. ż.

W podjętych doświadczeniach na ludziach wody 2-węglano-sodowe (wody Chomel i Hôpital) działają na skurcz p. ż. i zwiększają ilość żółci B, podnoszą ilość cholesteryny w żółci (zdolność zagęszczania p. ż.), zmniejszają jej lepkość i ilość drobnoustrojów. Woda Grande-Grille nie daje wyników. Na zwierzętach doświadczenia dały wyniki podobne (cholesteryna, żółci w —, sole —). Wody słone (Kissingen, Ischl, u nas Ciechocinek, Iwonicz), (NaCl) słabe, a szczególnie hipotoniczne mają pewne działanie żółciopędne (ilość ż. >, płynniejsza). Wody słono sodowo-siarczane (Leanungton) mają działanie upłyniania i powiększania ilości wydzielanej żółci i wywołują skurcz p. ż. (metoda Einhorna 1909 r.). Wody słono-sodowe (alkaliczne) z zawartością CO_2 mają te same własności i zwiększenie ilości zawartych w żółci składników. Wody słono-dwuwęglanowo-magnezowe (typ Chatelguyon) mają działanie na komórkę w., na p. ż. działają słabo. Co się tyczy wód z zawartością $MgSO_4$ i $CaSO_4$ (typ Vittel), według doświadczeń nie mają działania żółcio-twórczego. Wody siarczano-sodowe (Tarasp) i magnezowe, (Kalthof, Kissingen — wzg. gorzkie, nasz Morszyn) jak i siarczano-chlorowe (typ Brides), klinicznie mają działać żółciopędnie, choć nie posiadamy danych doświadczalnych. Wody siarczano- dwuwęglano-chlorowe (typ Karlowe Vary), Marjanske Laznie (solne), klinicznie zdają się działać żółciopędnie, lecz obserwacje na ludziach i zwierzętach z przetokami żółciowemi dały wyniki sprzeczne i co do ilości, i co do zagęszczania żółci. Przeważające własności wód są następujące: wody 2-węglano-sodowe (typ

Vichy) działają na zawartość p. ż., tęż własność żółci przypisują wodom gorzkim.

Delherm i Dausset (Paris). Fizjoterapja kojąca cierpień pęcherzykowych.

Czynniki fizyczne mogą mieć działanie kojące na cierpienia wątrobowo - pęcherzykowe, ulepszają krwiobieg wątroby, zmniejszają bóle (działanie na skórę), zawartość cholesteryny we krwi (n. vagus), rozluźniają zrosty. W ostrych przypadkach kolki w. — okłady ciepłe, borowinowe, promienie podczerwone, diatermja mogą zastąpić dawki narkotyków. W formach zatartych (bóle ramieniowe, bradykardja, bóle brzucha maskujące) pomaga diatermja, dusze wątroby, przekrwienie skóry (działanie odruchowe). Dużą wątrobę zmniejszamy tuszem (pod wodnym). W podostrych i przewlekłych zapaleniach worka ż. diatermja będzie środkiem najlepszym, w serjach powtarzanych pobudza w. i pęcherz ż. do lepszej czynności.

Prądy elektryczne stały i galwano - faradyczny pomagają również. W periviscerites postoperatorias dają dobre wyniki diatermja, promienie pozaczerwone i X. Dobry głęboki masaż jest wskazany. Zapalenie tkanki skóry pr. nadbrzusza przechodzą od masażu i prom. pozaczerwonych. Przeciwwskazania: zapalenia przewodów z żółtaczką, pęcherze z wielu kamieniami i sklerotyczno - zwyrodniałe.

Dyskusja.

Le Noir (Paryż) przytacza przypadek chorego kamicowego, wyniszczonego żółtaczką przewlekłą, gdzie zgłębnikowanie 12-cy dało wyśmienite wyniki, do czego Guido Manni (Tryjest) dołącza 2 przypadki wyleczenia tąż metodą zapalenia woreczka żółciowego.

Sarles (Marsylja) i Friedrich (Budapeszt) są zwolennikami tej metody.

Stern (Karlsbad) podkreśla znaczenie — obok wód K. Varów — okładów borowinowych w pozycji z podniesioną miednicą wraz z gimnastyką oddechową; również i diatermja w tej pozycji z gimnastyką ułatwia czynności przewodów żółciowych.

Paillard (Vittel) radzi zwalczać zaparcia, dalej stosować auto - wakcynoterapję, wychodowaną z moczu szczepionką.

H. van den Bergh (Utrecht) w cierpieniach woreczka radzi leczenie wewnętrzne, choć trzeba nieraz stosować zabieg.

Jacquet (Paryż) chwali zastrzyki dożylne uroforminy (100 przypadków), Kremer (Warszawa) — wakcynoterapję.

Prof. Maranon (Madryt) podkreśla leczenie ochronne wątroby. Feissly (Lozanna) ufa, iż da się chemicznie wyjałowić drogi żółciowe. P. Rondoni (Milano) chwali Montecatini. Zimmern (Paris) podkreśla znaczenie lecznicze diatermji przez przekrwienie skóry. Aimard (Vichy) uważa się za propagatora diatermji w tych cierpieniach, radzi prądy słabsze (— otyli).

Temat III. Wątroba w kamicy. 22.IX.

Prof. Noel Fiessinger (Paryż). Rola wątroby w patogenezie kamicy żółciowej. Choć główną rolę w powstawaniu kamicy żółciowej ma woreczek (koncentracja, zastój i infekcja żółci), jednak nie trzeba zapominać i o czynności wątroby, wytwarzającej żółć. Wątroba jest stopniem ostatnim w skazie (diatezie) kamicowej cholesterynowej (Aschoff, 1922), I-szym w kamicy żółciowej, gdyż nikt nie zaprzecza jej roli w przemianie materji, w tworzeniu się kamicy żółciowej i kamicy po cholecystektomji. Różnica między kamieniami wą. i pęcherzykowemi jest ta, że 1-e zawierają mniej cholesterolu (ca½). Jądro organiczne wytwarza się w wątrobie (Rovsing, Fiessinger), wątroba wytwarza mało soli żółciowych (Newmann), co wywołuje niestałość roztworu cholesterolu (Chauffard i Grigaut). Kamica żółciowa z cierpienia pęcherzykowego staje się chorobą i wątroby.

Doc. Marcel Brulé (Paryż). Żółtaczka w kamicy głównych dróg żółciowych. Żółtaczka w kamicy przewodu wspólnego jest przeważnie mechaniczną (e resorptione), co łatwo stwierdzić doświadczalnie na zwierzętach (królikach, nie psach, które lepiej się bronią przed żółtaczką). U człowieka kamień przewodu wspólnego może nie zamykać jego światła (bez żółtaczki lub przemijająca), dopiero zapalenie przewodu prowadzi do żółtaczki długotrwałej. Gwałtowne zmiany w intensywności cechują żółtaczkę zastoinową; pomagają tu sondc-

wania 12-cy, odwrotnie do ż. w hepatitis. Przy II-ej niema nigdy tak dużej wą., jak przy I-ej (gąbka żółci); duży pę. ż. bywa przy raku dróg żółciowych. Przy tym ostatnim nie otrzymuje się żółci zgłębnikowaniem 12-cy. Ostatnia metoda (z Mg SO_4) często zapobiega operacji, usuwając kamyki.

Doc. Harvier i J. Caroli (Paryż). Zmiany wątroby w żółtaczkach kamicowych. Poza anatomją patologiczną metoda biopsji wątroby (Graham 1918 r.) przy zabiegach krwawych dowiodła, iż hepatitis towarzyszy zawsze zapaleniom p. ż., kamicowym lub nie.

Biopsja pozwala na ustalenie form uszkodzeń anatomo-klinicznych: 1) zapalenie ukryte (h. latens) charakteryzuje się nacieczeniem limfocytowem w okolicy bramnej, minimalnemi zmianami komórkowemi — nawet bez żółtaczki klinicznej. 2) Hepatitis gravis z żółtaczką, symulującą zamknięcie przewodu wspólnego, pomimo zabiegu krwawego doprowadziło do śmierci w wypadkach obserwowanych: była wykryta martwica komórek w środkowych zrazikach, zerwanie (trabekuł), tramików, jak w zaniku żółtym. 3) Formy pośrednie znalezione w zapaleniach pęcherzyka żółciowego kamicowych z przemijającą żółtaczką i napadami bólów, lub też w mylnie rozpoznanych t. zw. żółtaczkach nieżytowych. Charakteryzują się małemi zmianami środkowo - zrazikowemi. 4) W żółtaczkach z kamicą przewodu wspólnego, biopsja wyróżnia 2 formy: zwykłą (icterus calculosus) wątrobę w zastoinie żółci, (icterus hep.-calcul.), oraz ze zmianami komórkowemi przeważającemi nad zmianami zastoiny. Te ostatnie zmiany mogą wywoływać żółtaczkę i po zabiegu. Zmiany te zaważą na rokowaniu, trudnem przed operacją u kamicowego z żółtaczką.

J. Dierick. (Louvain). Badanie czynnościowe wątroby w żółtaczce kamicowej. Autor w swych badaniach dochodzi do wniosków następujących: 1) badania czynności żółciotwórczej (odczyn H. v. d. B.) nie dają danych co do zmian w miąższu wątroby, ani danych rokowniczych; 2) badanie czynności azotowej w. (ilość mocznika we krwi) mogą nie wykazywać lekkich schorzeń w.; 3) najlepsze wyniki daje próba z galaktozą (czynność glikogenna), przeprowadzona w 4 por-

cjach moczu po spożyciu 40,0/200,0 galaktozy; o 8-ej; 10, 12, 16 g. Tą ostatnią metodą można odróżnić żółtaczkę mechaniczną od wątrobowej (chora komórka w.). Pożytecznem jest i określenie b i we krwi; w moczu barwników i kwasów ż., oraz urobiliny.

Réné Gilbert (Genewa). Metody rentgenologiczne badania w. w kamicy i żółtaczce kamicowej. Referent daje przegląd tych metod badania: 1) bezpośrednie prześwietlanie lub zdjęcie; 2) oglądanie zaułka podwątrobowego po śniadaniu barytowem (objawy pośrednie); 3) cholecystografja (metoda Graham-Cole, 1924). 4) hepatografja (z torotrastem), 5) metody połączone (np. 1, 2 i 3). Metodą współczesną jest cholecystografja, ciągle w rozwoju. Najpraktyczniejszą jest metoda doustna, obecnie w modyfikacji Sandströma. Próbę czynnościową z żółtkiem (1 do 3) jajka trzeba zawsze wykonywać. Następnie referent analizuje odpowiedzi przy cholecystografji. Jod może odegrać dużą rolę w badaniu czynności wą. przez promienie X. Wreszcie podaje autor badania wą. w żółtaczce kamicowej (metodą bezpośrednią; duży p. ż. bez kamicy - ca susp.).

Doc. Gatellier (Paryż). Dedukcje chirurgiczne w żółtaczce kamicowej. Langenbuch w 1884 r. w żółtaczce kamicowej zastosował choledochotomję z wyjęciem kamyka, Kehr w 1897 r. dodał drenowanie przewodu wątrobowego; Chauffard w 1914 r. radzi wczesny zabieg, odtąd cisza. Niepowodzenia należy przypisać niedomodze wątroby. Laboratorjum kliniczne nie wykrywa dość często jej ani jej przyczyn (infekcja, sprawa toksyczna). Przed operacją trzeba oszczędzać wątrobę (Umber), polepszyć czas krzepliwości i krwawienia (Ca chlor.), uciec się do opoterapji. Nieraz jednak w żółtaczce kamicowej lepiej odstąpić od zabiegu krwawego.

Dyskusja.

Prof. Umber podkreśla rzadkość kamyków czysto cholesterynowych, które Aschoff zwie metabolicznemi; prof. N. Fiessinger'owi czyni uwagę, iż cholesteryna zwykle wnika wtórnie w podkład („kopertę") wapniową, wogóle szkoła francuska zbytnio podkreśla hypercholesterynemję w kamicy żółciowej; co się tyczy

żółtaczek — to dla niego — każda ż., nawet zastoinowa — jest cierpieniem komórki w., zakażenie której pochodzić może z kanalików ż., choćby pozornie zdrowych.

Glaessner (Wiedeń) przypomina o swych doświadczeniach znikania ludzkich kamyków ż. w psim woreczku żółciowym, z powodu bogactwa ż. psiej w sole taurocholowe; sądzi, iż kamienie (szlifowane o ściankach rżniętych) krystalizują się w samych przewodach.

Gamma (Sienna) podaje w wątpliwość biopsję w., jako metodę powierzchowną i częściową, woli badania czynnościowe.

Weill (Bruksela) podkreśla podobieństwo wszystkich kamieni ż., jako pochodnych nisz w.

Mogena (Madryt) kładzie nacisk na istnienie towarzyszących zapaleń w. (hep. satellites).

Popescu (Bukareszt) przedstawia przypadek kamicy wewnątrz - wątrobianej.

Grigaut (Paryż) jest zwolennikiem teorji (od 1913 r.) pochodzenia kamieni ż. w wyniku zmniejszonej rozpuszczalności cholesterolu w żółci; podkreśla związek metabolizmu cholesterolu i soli ż., naturalnym jego rozpuszczalniku.

Kremer (Warszawa) podnosi objaw zniknięcia bóli, promieniujących przy zatrzymaniu się kamyka w przewodzie wspólnym.

De Langen (Batawia) donosi, iż w Indjach holenderskich — przy rzadkości kamicy żółciowej — spotyka się kamyki wewnątrz - wątrobowe, które 16 przypadków zebrał.

Aubert (Marsylja) jest zdania, że po stwierdzeniu konieczności zabiegu krwawego w kamicy ż., nie należy zwlekać dłużej od kilka tygodni.

Sprawozdanie ze Zjazdu Gastrologicznego we Wiedniu 8.X.32 r.*)

Podał

S. FRANK (Warszawa).

Jedenasty zjazd członków ,,Towarzystwa Chorób przewodu pokarmowego oraz przemiany materji" odbył się w Wiedniu 6, 7 i 8-go października r. b. Zagaił posiedzenie prezes zjazdu Falta. W przedmowie swej zaznaczył, iż ostatniemi czasy daje się w medycynie zauważyć nastrój pesymistyczny, a jednak leczenie raka nie posunęło się zbyt daleko naprzód, natomiast w dziedzinie przemiany materji medycyna kroczy obecnie zwycięsko naprzód: leczenie wątrobą w niedokrwistości złośliwej; nauka o gazach we krwi daje możność stwierdzić łączność pomiędzy schorzeniami przemiany materji a cierpieniami krwi i serca; ustaloną została łączność pomiędzy przemianą materji a dziedzicznością oraz konstytucją. Przekonywujemy się coraz bardziej, mówi Falta, że ludzkości nie można objąć szematycznym obrazem chorobowym.

Tematem pierwszego dnia obrad była sprawa wchłaniania pokarmów — o czem obszernie wypowiedzieli się Mansfeld, Nonnenbruch oraz Denk. Bardzo skomplikowanym narządem w organizmie jest jelito cienkie, dzięki swym kosmkom (,,Zotten"). Treść żołądkowa wraz z żółcią działa pobudzająco na kosmki jelita — co sprzyja wessaniu. Chirurg Denk uważa, iż usunięcie połowy długości jelit cienkich — jest dopuszczalne — wsysanie się jest jeszcze

---

*) Wygłoszono na posiedzeniu Polsk. Tow. Gastr. 23.XI 1932.

wówczas możliwe. Śmierć przy niedrożności jelit daje się objaśnić przez uszkodzenie aparatu wsysającego. Najciekawszym odczytem pierwszego dnia Zjazdu był wygłoszony przez Urbacha „o leczeniu chorób skórnych pochodzenia pokarmowego". Prelegent postawił sobie za cel wytyczny w postępowaniu leczniczem wpłynąć dietetycznie na choroby skórne, które w bardzo wielu wypadkach wywołane są wessaniem przez jelito pewnych produktów gnilnych; do tych chorób należą świąd, wypryski, zapalenie skóry pochodzenia nerwowego (Neurodermitis), liszaj pokrzywkowy (Lichen urticatus) i wreszcie pokrzywka. Powyższe cierpienia występują wprawdzie nie u każdego osobnika, gdyż skóra nie każdego osobnika jest jednakowo uczulona. Zapadają w pierwszym rzędzie osoby ze wzmożonym naczynioruchowym układem — neurastenicy. Wypryski przewlekłe występują b. często na tle schorzeń żołądkowo - jelitowych. Urbach zgodnie z Porgesem stwierdził zmiany chorobowe w jelicie cienkiem u chorych cierpiących na wypryski; również mogą one być spowodowane zaparciem przewlekłem. Odpowiednio zaleconą dietą dają się wypryski zupełnie wyleczyć. Mniejsze znaczenie w powstawaniu cierpień skóry odgrywa wątroba; natomiast wybitne znaczenie ma cukrzyca, zwłaszcza — wykrycie cukru we krwi przyczynia się wielce do rozpoznania i terapji odpowiednich chorób skóry.

Wrażliwość osobnicza (Idiosynkrasia) na niektóre pokarmy musi być, zdaniem Urbacha, skrupulatnie wypróbowana przez stopniowe dodawanie do jadłospisu odpowiednich pokarmów. Po stwierdzeniu czem wywołana została ona wywołana, udaje się wyleczyć chorego podawaniem propeptanu. Jest to preparat — przygotowany z peptonu — swoistego dla pewnego tylko produktu. Wyrabiany obecnie propeptan — z różnych rodzajów mięsa, jarzyn, owoców, mąki, produktów mlecznych, jaj oraz raków daje możność przez podawanie go pacjentom w formie tabletek 45 minut przed posiłkiem — stopniowo i trwale uodpornić osobnika przewrażliwionego, poczem następuje odczulenie. W razie stwierdzenia wrażliwości szczególnej do większej ilości pokarmów mogą być podawane jednocześnie propeptany różnych rodzajów. Po pewnym czasie osobnik przyjmuje odpowiednie pokarmy celem próby już bez propeptanu — i tylko w razie zupełnej tolerancji —należy uważać osobnika chorego za wyleczonego.

Tematem drugiego dnia zjazdu była „Insulina a cukrzyca".

Staub z Bazylei wygłosił odczyt, w którym szczegółowo wyłuszczył stronę doświadczalną powstania cukrzycy oraz zaburzenia w przemianie materji, wywołane tem cierpieniem.

Anatomję patologiczną cukrzycy referował Herzheimer, który od 30 lat studjuje sprawę powstawania cukrzycy z punktu widzenia anatoma. Próbował on leczyć cukrzycę sposobem chirurgicznym; w tym celu podwiązywał u zwierząt wszystkie naczynia krwionośne, doprowadzające krew do trzustki. Występował potem nieznaczny spadek cukru we krwi, natomiast zjawiały się wybitnie ciężkie zmiany ogólne w całym ustroju, doświadczenie osiągnięte w kilku przypadkach na ludziach nie wpłynęło zachęcająco. Dalej udało się stwierdzić, iż niektóre guzy trzustki produkują insulinę w tak wielkich ilościach, iż następuje śmiertelna zapaść hipoglykemiczna. Udało się wreszcie stwierdzić, że w pochodzeniu cukrzycy udział biorą oprócz trzustki również i inne gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu. Wreszcie Falta—jako klinicysta, podniósł w swym referacie wybitne znaczenie insuliny w leczeniu cukrzycy, nie zważając na to, iż są wypadki, które na insulinę nie reagują. W dyskusji zaznaczono, iż w zakładzie dla cukrzycowo chorych na wyspie Rügen osiągnięto wybitne rezultaty dietą małotłuszczową; przy tej diecie udaje się chorym podawać więcej chleba, chory nie odczuwa głodu i wobec tego zwiększa się jego zdolność do pracy. Doświadczenie wykazało, iż praca sama przez się zmniejsza ilość cukru — zadziwiającym jest fakt, iż w dnie świąteczne wzmaga się ilość cukru. Noorden w dyskusji również kładzie nacisk na dodatnią stronę diety beztłuszczowej, nazywając ją — dietą przyszłości; dzięki tej diecie udało mu się u wielu pacjentów uniknąć stosowania insuliny. Jako doświadczony klinicysta przestrzega on jednak przed jedynym tylko sposobem leczenia cukrzycy, należy, zdaniem jego, stosować różne metody lecznicze, powodując się każdorazowo stanem przemiany materji u chorego osobnika. Gdy wszystkie inne metody lecznicze zawiodą, wówczas tylko trzeba przejść do stosowania diety beztłuszczowej. Przy tej ostatniej podaje on choremu stopniowo do 400,0 mięsa oraz 600,0 owoców surowych. I jemu udawało się u chorych cukrzycowych osiągnąć wybitną poprawę dzięki pracy fizycznej,zwłaszcza po wspinaniu się ich na góry. Wybitnym zwolennikiem diety beztłuszczowej jest jej autor, Porges, który uważa, iż należy tłuszcz w zupełności skreślić z jadłospisu cukrzycowo cho-

rych, wzamian czego podaje się choremu większe ilości węglowodanów i białka. Hechtowi udało się stwierdzić, iż powietrze górskie dodatnio wpływa na cukrzycowo chorych: występuje spadek cukru we krwi; na zwierzętach również doświadczalnie mógł on ten objaw stwierdzić. Na Semmeringu naprzykład, chociaż ilość podawanej przedtem insuliny była zmniejszona, waga chorych wychudzonych — stopniowo szła w górę. Wreszcie zabrał głos w dyskusji Falta. Podług jego zdania należy przypuścić odmienną wrażliwość na insulinę u różnych chorych.

Trzeci dzień zjazdu poświęcony został sprawom chorobowym esicy i odbytnicy. Stronę anatomo - patologiczną referował Maresch. Zajął się on szczegółowem rozstrząsaniem sprawy rozwoju krocza, przyczem uzasadnił twierdzenie, iż przetoki odbytnicy znajdują się w ścisłym związku z pewnemi gruczołami okolicy odbytniczej. Dalej uważa Maresch, iż przejście polipów kiszkowych w nowotwory złośliwe nie następuje tak dalece często, jak to przypuszczają chirurgowie. Rentgenolog Fischer — demonstrował na zdjęciach zdobycze rentgenologji w dziedzinie schorzeń kiszkowych; udaje się, zdaniem jego, rozpoznać na zdjęciu nietylko, czy światło kiszki jest zwężone, lub nie, lecz również — czy jest ono natury skurczowej czy też organicznej, oraz czy zwężenie wywołane zostało schorzeniem w ściance kiszkowej, czy z przyczyny ucisku zewnętrznego, wreszcie udaje się ustalić, czy przyczyną schorzenia jest sprawa zapalna czy złośliwa. Stan rentgenologji współczesnej daje możność ścisłego różniczkowania obrazów chorobowych bardzo podobnych na pierwszy rzut oka, a tem samem chirurg ma ułatwioną pracę — przystępując do zabiegu ze ściśle zlokalizowanem poprzednio rozpoznaniem. — Stronę kliniczną schorzeń odbytnicy referował Strauss. Z rzadko obserwowanych obrazów chorobowych zwraca on uwagę na t. zw. uchyłkowatość (Divertikulosis) — które to cierpienie daje się rentgenologicznie stwierdzić; uważane ono być może jako przyczynek do powstawania spraw zapalnych w esicy oraz w tkance sąsiedniej, jak również powodować może powstanie ropnia oraz nacieku twardawego w ściance kiszki (Pseudocarcinoma). Zabieg chirurgiczny przy uchyłkowatości wchodzi w rachubę tylko przy komplikacjach chorobowych. Polipy, zdaniem referenta, mają skłonność do zwyrodnienia złośliwego. Jako polipy rozpoznawane bywają mylnie mięśniaki, tłuszczaki, oraz włókniaki.

Przechodząc do sprawy nowotworów w odbytnicy i esicy— referent kładzie nacisk na to, aby nie zważając na ew. młody wiek chorego i ogólny dobry stan, zawsze badać palcem lub wziernikiem odbytnicę. Wówczas da się uniknąć błędów rozpoznawczych.

W dyskusji Boas zwrócił uwagę na dokuczliwe dla chorego wypryski wokoło odbytnicy; dają się one uleczyć stosowaniem diety bezsolnej i bez przypraw. Finsterer demonstrował chorych operowanych przed 20 laty z powodu raka odbytnicy — już wówczas jeden z chorych przekroczył 60 lat; zdaniem Finsterera podeszły wiek chorego nie jest przeciwwskazaniem do zabiegu radykalnego.

Na tem zakończył się zjazd, który dzięki swym aktualnym i ciekawym referatom oraz ożywionej dyskusji wzbudził w obecnych ogromne zainteresowanie.

Posiedzenia Pol. Tow. Gastrologicznego.

Posiedzenie naukowe 20.I.1932 r.

Przewodniczy Dr. Wejnert.

1. M. Orzech. Przyp. kamicy żółciowej z odejściem kamieni przez odbyt (pokaz kamieni).

W dyskusji Goldstein cytuje przyp. niedrożności jelit, powikłanej cukrzycą. Podczas operacji znalazł G. jako przyczynę niedrożności utkwiony w kiszce cienkiej kamień żółciowy wielkości dużego kasztana. W miejscu uwięźnięcia kamienia ściana jelita była zdrowa, natomiast w 3 miejscach powyżej stwierdzono zgorzel jelita przez ucisk ściany. Chora zginęła na ropne zapalenie otrzewnej.

Nusbauma interesuje stan chorej między atakami. Przechodzenie kamieni przez brodawkę Vatera wywołuje niedomogę zwieracza, spowodowaną rozszerzeniem brodawki. Stan ten może sprzyjać zjawieniu się biegunki t. zw. „diarrhée prandiale".

Dolkart jest zdania, że nawet większych rozmiarów kamienie mogą tą drogą przedostać się do jelit.

Czarkowski opisuje ciekawy przyp., w którym miał możność obserwowania przesunięcia się kamienia intra operationem. Z powodu kamicy przewodu wspólnego usunięto kanał żółciowy i usunięto kilka kamieni drobnych. Podczas kontroli stwierdzono kamień większy w brodawce Vatera. Przy manipulacji, choć bardzo ostrożnej, kamień znikł. Cz. przeszukał przewód wspólny i wątrobowy ku górze, podejrzewając, że kamień dzięki znacznie rozszerzonym przewodom wpadł do przewodów wątroby. Poszukiwania nie dały wyniku, po kilku dniach kamień odszedł per vias naturales.

2. Następnie W e i n e r t i N i e w i a d o m s k i pokazują chorego operowanego z powodu ostrego przedziurawienia wrzodu żołądka z wynikiem pomyślnym.

Przy operacji pomimo wczesnego okresu choroby stwierdzono w jamie brzusznej nietylko resztki pokarmowe niestrawione, ale również obfity wysięk ropny. Znaczna ilość płynu ropnego w jamie Douglas'a. Zabieg ograniczono do wycięcia wrzodu, zeszycia otworu i nałożenia zespolenia żołądkowo - jelitowego. Uchyłek Douglas'a drenowano na zewn. sączkiem gumowym.

C z a r k o w s k i stosuje w podobnych przyp. tylko wycięcie wrzodu i zeszycie. Ma wyniki dobre.

R ó b i n podnosi trudności rozpoznawcze w umiejscowieniu przedziurawienia.

R a d l i ń s k i jest zwolennikiem wycięcia żołądka w przyp. przedziurawienia wrzodu. O ile stan chorego nie pozwala na większy zabieg, ogranicza się do zeszycia otworu bez drenowania, radzi przeczekać wstrząs, występujący w pierwszych godzinach po przedziurawieniu.

Gr u n d z a c h przyłącza się do zdania Róbina i cytuje przyp., w których umiejscowienie przedziurawienia natrafiło na znaczne trudności.

W dyskusji zabierali głos: Dolkart, Orzech, Lubelski, Goldstein, Abramowicz, Goldman i Szerszyński.

3. S a i d m a n przedstawia preparat wyciętego jelita cienkiego z powodu niedrożności jelit i z powodu przedziurawienia jelita na tle uchyłku Mechel'a.

W dyskusji zabierali głos: Czarkowski, Lubelski i Saidman

P o s i e d z e n i e n a u k o w e 17.II.1932 r.

Przewodniczy W e j n e r t.

1. F e j g i n i M e s z demonstrują przypadek eventratio diaphragmatica (ukaże się w druku).

Prof. G l u z i ń s k i zwraca uwagę, iż nazwa eventratio diaphragmatica niebardzo odpowiada obrazowi. Szkoda, iż niema wzmianki o położeniu serca, wątroby — a ma to znaczenie dla zmian wrodzonych. (situs viscerum inversum). W piśmiennictwie polskiem

istnieje praca Szczepańskiego o t. zw. hepatoptosis, przy którem między przeponą a wątrobą widać właśnie colon transversum.

G r u n d z a c h również zapytuje, co się w powyższym przypadku dzieje z wątrobą, gdyż prawą stronę przepony normalnie zajmuje wątroba. Nie można sobie wyobrazić ewentracji, właściwie wypuklenia prawej połowy przepony, gdyż o przepuklinie wogóle nie może być tu mowy.

Zdaniem Z. S t a n k i e w i c z a, demonstracja powyższa posiada wielką lukę: brak mianowicie szczegółów o zachowaniu się narządów klatki piersiowej, w pierwszym rzędzie przepony i dalej śródpiersia. Nie można mówić o eventratio, jeżeli brak ruchu paradoksalnego przepony, opisanego przez Kienböcka, brak objawu huśtawkowego Wellmana i przemieszczenia wdechowego śródpiersia w stronę zdrową. Narazie można mówić tylko o ułożeniu nadwątrobowem jelit. Situs viscerum inversus (partialis) i prawdopodobnie wrodzony charakter schorzenia przemawia i w danym przypadku za rozpoznaniem eventratio, ale pewność można byłoby uzyskać dopiero po dokładnem zbadaniu klatki piersiowej.

Z dwóch używanych terminów: eventratio i relaxatio logiczniejszym wydaje się relaxatio. Eventratio oznacza bowiem wypadnięcie trzew przez ściany jamy brzusznej. W omawianym obrazie klinicznym na pierwszy plan wysuwa się czynnik zwiotczenia przepony.

R u b i n r o t. Przeciwko rozpoznaniu „eventratio diaphragmatica dextra" przemawia przedewszystkiem ten fakt, iż schorzenia tego po stronie prawej nie spotyka się. Oprócz różniczkowania pomiędzy eventratio a przepukliną, wspominanem przez prelegentów, należy myśleć jeszcze o t. zw. interpositio coli diaphragmatica, w którem przy opadniętej wątrobie przedostaje się pomiędzy przeponę a wątrobę — okrężnica, pociągając za sobą jelito cienkie. Podobny obraz zarówno rentgenologicznie, jak i klinicznie, daje wreszcie t. zw. wgłobienie kiszki grubej (invaginatio), w którem również następuje znaczne przemieszczenie jelit i kiszki grubej. Rentgenologicznie — trudności rozpoznawcze może często wyjaśnić sztuczna odma brzuszna.

K r y ń s k i przypomina, iż w Pol. Tow. Gastrolog. demonstrował identyczny przypadek z oddziału ś. p. Dra A. Zawadzkiego. Na stole operacyjnym stwierdzono interpositio.

M e s z — wyjaśnia, iż rentgenogram klatki piersiowej stwierdza normalne ułożenie serca; cech situs inversus nie było. Wątroba zarysowuje się poniżej zarysu wypełnionych treścią kontrastową kiszek i jest nieduża.

Nie można tu myśleć o interpositio coli, skoro chora była badana w przeciągu 8-miu dni i to kilkakrotnie ze stałem zachowaniem tego samego obrazu.

Przy różnicowaniu wyraźnie mówiono o normalnem zachowaniu się ruchów przepony. Huśtawkowego objawu ruchu przepony pomimo zastosowania metody Wellmanna nie było.

Zastosowanie pneumoperitoneum uważaliśmy za zbędne wobec tylu innych objawów rentgenologicznych i to tembardziej, iż przeważnie istnieją zrosty, nie pozwalające powietrzu dostać się powyżej przepony.

Co się tyczy nazwy — to niektórzy obok nazwy ewentratio używają „relaxatio"; ostatnio autorzy niemieccy proponują nazwę **eventratio diaphragmatica.**

2. Kol. R e i c h e r t wygłosił odczyt p. t. „O zespole pęcherzykowo - wyrostkowym".

W uzupełnieniu W. R ó b i n nadmienia, że w 1921 r. Walter Zweig zwrócił uwagę na t. zw. „Trio abdominale" t. j. na współistnienie 3-ch schorzeń przewodu pokarmowego: owrzodzenie żołądka, zapal. pęch. żółciowego i zapalenia wyrostka robaczkowego.

Na szczęście w praktyce z tą trójcą spotykamy się rzadko i jeśli ją spostrzegamy, to u nieszczęśliwych typów, które po kolei poddają się zabiegom na tych 3-ch narządach, a potem często jeszcze i dalszym z powodu zrostów pooperacyjnych. Często jednak widzimy współistnienie dwóch cierpień, naprz. ulcus cum cholecystitide, ulcus cum appendicitide, wreszcie może najczęściej cholecystitis cum appendicitide — co właśnie stanowi treść dzisiejszego odczytu.

C z a r k o w s k i — uważa za konieczność przy wykonywaniu operacji na pęcherzyku żółć. — dokładne obejrzenie wyrostka robaczkowego i odwrotnie. Przez cięcie do usunięcia wyrostka rob. nie zawsze łatwo wyczuć można obecne kamienie żółciowe i bardzo łatwo je przeoczyć, o ile nie wygnieciemy zawar-

tości płynnej pęcherzyka i nie ułatwimy sobie w ten sposób dokładnego obmacywania dróg żółciowych.

K r e m e r zbiera od roku 1924 — dane statystyczne u swoich chorych co do współistnienia zapalenia wyrostka robaczk. i pęcherzyka żółć. Stwierdzał, iż 10% jego chorych miało jednocześnie objawy wyraźne jednej i drugiej postaci chorobowej, i że duża liczba tych chorych miała wykonane i appendektomję i cholecystektomję.

Istnieje związek nietylko pomiędzy temi dwiema postaciami chorobowemi, ale również i z zapaleniem miedniczek nerkowych. Najczęstszem tłem tych 3-ch chorób według Kremera ma być prątek okrężnicy. Leczenie szczepionkowe daje nieraz wyleczenie.

M. A b r a m o w i c z zwraca uwagę, iż w odczycie nie podzielono wymienionych cierpień na ostre i przewlekłe. Gdyby mówiono o ostrych, zastanawiałby fakt, że te setki chorych, które podczas napadu mają ogromne ilości bakteryj w naczyniach krwionośnych, nie mają ani jednocześnie ani później zapalenia woreczka żółciowego.

Jeszcze bardziej zawikłana jest sprawa zapaleń przewlekłych, gdyż nie posiadamy wybitnych środków do rozpoznawania tych chorób.

Prof. G l u z i ń s k i podnosi słuszną uwagę dra Abramowicza, że dyskusję prowadzimy na nierównomiernym terenie, bo mówimy i o przypadkach ostrych, to znów o przewlekłych, do których przeważnie odnosi się ciekawy wykład kol. Róbina i Reicherta o zespole pęcherzykowo - wyrostkowym.

Nie wchodząc w etjologję przypadków, stwierdzamy, że zespół pęcherzykowo-wyrostkowy nie tak rzadko spotykamy, ale i nie zbyt często, stwierdza go dopiero chirurg w czasie operacji, innym razem wskazuje nam dalszy przebieg, a nieraz polega on na niedokładnem rozpoznaniu przed operacją. Ze względu na dobro chorego nie wolno nam przecież bez uzasadnionej podstawy dokonywać manipulacyj w jamie brzusznej li tylko dlatego, że istnieć może zespół pęcherzykowo - wyrostkowy.

W czasie dyskusji w etjologji podniesiono znaczenie dla tego zespołu bacillus coli i dobre wyniki przy stosowaniu odpowiedniej szczepionki. Bezsprzecznie, bacillus coli może grać tu poważną rolę.

Do dróg, jakiemi ten zespół powstawać może, a które podał już prelegent, mianowicie tętniczą i nerwową, zaliczyć należy również i drogę żylną, t. j. żyły wyrostkowe (venae appendiculares), na które przenosi się sprawa zapalna (phlebitis), tworzą się skrzepiki, które rozmiękając przenoszą się drogą żyły bramnej do wątroby.

Zespół ten niekoniecznie musi wychodzić czy to z wyrostka robaczkowego czy to z pęcherzyka żółciowego, lecz może powstać również na tle innego zakażenia.

Prototypem takim jest np. dur brzuszny — zakażenie ogólne prątkami tyfusowemi (sepsis typhosa), w przebiegu którego widzimy prawie od początku zajęcie wyrostka robaczkowego (appendicitis typhosa) rozmaitego nasilenia, a nieraz (zdarza się to rzadziej) w dalszym przebiegu — cholecystitis, angiocholitis typhosa. Dlaczego w jednych przypadkach te zmiany występują, a w innych — nie, tłumaczyłbym sobie, że to jest oddziaływanie słabego punktu organizmu, że były w tych miejscach już dawniej zmiany, które teraz zostały obudzone. Widziałem podobny związek i przy innych zakażeniach, np. powstanie ciężkiego zapal. wyr. robaczk. w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc na tle pneumokokowem, opisałem przypadek, że to samo wystąpiło w błonicy, a podkreślić muszę, iż szczególnie grypa (influenza) jest bodźcem, który tak często wykazuje słabe punkty w organizmie, wywołując np. napad kolki żółciowej, cholecystitis, angiocholitis, najczęściej u kobiet, gdyż pęcherzyk żółciowy, kanaliki żółciowe były już zmienione (kamyki żółciowe), a zmiany te dotąd niepostrzeżenie dla chorej przebiegały, w innym przypadku—appendicitis—u innego znów starszego mężczyzny, który dotąd nie odczuwał dolegliwości ze strony, gruczołu krokowego, pęcherza moczowego, teraz wystąpią wśród trwania grypy— lub też po niej — częsta potrzeba oddawania moczu, parcie na mocz, nawet cystitis lub cystopyelitis i t. p.

L u b e l s k i zapytuje, czy z powyższego odczytu ma chirurg wyprowadzić wniosek praktyczny, że przy każdej operacji na wyrostku robaczkowym winien obejrzeć również pęcherzyk żółciowy lub vice versa. Zdaniem Lubelskiego — takiego wniosku ani z punktu widzenia praktycznego ani teoretycznego wyprowadzić nie można, o ile z góry nie rozpoznawano współistnienia obu tych schorzeń. Przystępując do zabiegu, zwykle uprzedzamy chore-

go i otoczenie, jaki zabieg będzie dokonany i odpowiednio do zamierzonego zabiegu przeprowadzamy cięcie brzuszne.

Po zabiegu na pęcherzyku żółciowym, po usunięciu pęcherzyka, po oględzinach otwartych dróg żółciowych, usunięciu z nich kamieni — nie kusimy się o kontrolę wyrostka robaczkowego z obawy zakażenia jamy otrzewnowej. Wyrostek robaczkowy obejrzeć można tylko po dokonaniu idealnej cholecystektomji.

Aby więc wykonać jednocześnie zabieg na wyrostku i pęcherzyku, musimy zgóry postawić rozpoznanie schorzenia obu tych narządów, do czego służą nam wywiady, objawy kliniczne, badania laboratoryjne i zdjęcia rentgenowskie.

Poza tem głos zabrali jeszcze Justman, Dolkart, Róbin.

Posiedzenie naukowe 16.III.1932 r.

Przewodniczy Wejnert.

1. Lubelski. Pokaz chorej ze zwężeniem dwunastnicy po operacji.

Chora K. T., lat 29, na trzy miesiące przed przybyciem do szpitala, dostała bólów w dołku podsercowym i wymiotów. Bóle wkrótce się uspokoiły, natomiast wymioty występowały coraz częściej, a ostatnio po każdem jedzeniu.

Chora blada, chuda. Przy badaniu brzucha słychać pluskanie w żołądku. W narządach wewnętrznych, w moczu, we krwi nic szczególnego nie stwierdzono. Wasserman ujemny. Badanie żołądka naczczo stwierdziło bardzo duże zaleganie pokarmów; wykryto pokarm, przyjęty przez chorą przed czterema dobami. Badanie zawartości żołądka stwierdziło ogólną kwasotę — 50, kwasu solnego — 20. Zdjęcia rentgenowskie wykazały: duży, o kształcie miski, atoniczny żołądek, ułożony w dużej miednicy, o czynności ruchowej mocno upośledzonej z zaleganiem dobowem = ½ pojemności. Rozpoznanie rentgenologiczne: dilatatio ventriculi, stenosis pylori. Wobec tego, postanowiliśmy dokonać operacji obszernego wycięcia.

Wobec dużego wyczerpania chorej i stałych wymiotów postanowiliśmy na parę dni przed zabiegiem nie dawać żadnych pokarmów per os; natomiast w przeciągu 8 dni trzymaliśmy chorą na

kroplówkach cukrowych i odżywczych lawatywach. Operacji dokonaliśmy w znieczulaniu miejscowem. Przy otwarciu jamy otrzewnej stwierdziliśmy: żołądek b. duży, opadnięty; odźwiernik był wolny od zrostów, zwężeń i blizn, natomiast dwunastnica była podciągnięta ku górze i zrośnięta z brzegiem wątroby (perihepatitis, periduodenitis). Wzdłuż zstępującej części dwunastnicy wymacuje się ztyłu b. twardy twór, wielkości dużego palca, robiący wrażenie guza. Aby zorjentować, się, z czem mamy do czynienia, dokonano decollement, uniesiono żołądek z siecią ku górze i obejrzano dwunastnicę. Na dwunastnicy nie było widać cech zwężenia. Natomiast po oddzieleniu wątroby od dwunastnicy wyłonił się skurczony brzeg pęcherzyka żółciowego, w którym wymacano kamienie, szczelnie wypełniające pęcherzyk. Pęcherzyk całą swą powierzchnią przyrośnięty był do tylnej ściany zstępującej części dwunastnicy, wywołując jej zwężenie.

Wobec ciężkiego stanu chorej, postanowiliśmy narazie ograniczyć się do zespolenia żołądkowo - jelitowego tylnego.

Chora zniosła zabieg dobrze. Po 4 dniach przyjmowała pokarmy płynne. Wymioty ustały. Obecnie po miesiącu apetyt i samopoczucie b. dobre. Chora przybrała na wadze, na żadne dolegliwości nie narzeka. Zespolenie funkcjonuje b. dobrze. Przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że objawy kliniczne i zdjęcia rentgenowskie przemawiały za zwężeniem odźwiernika, ewentualnie dwunastnicy, które przypuszczalnie rozwijało się skrycie na tle owrzodzenia. Dopiero operacja stwierdziła, że zwężenie powstało na tle ukrytej kamicy żółciowej i zrostów zapalnych (pericholecystitis, periduodenitis).

W dyskusji Zaorski zapytuje, czy rentgenolog podczas badania żołądka nie stwierdził cienia pochodzącego od skonstatowanej podczas operacji kamicy.

Według Kryńskiego — badanie rentgenowskie w danym przypadku uważać należy za niewystarczające; brak bowiem zdjęcia w pozycji leżącej i w skosach; nie dokonano również próby uchwycenia przejścia przez dwunastnicę.

Grundzach podkreśla, iż klinicznie nie możemy uznać żadnej różnicy między rozstrzenią żołądka, powstałą z powodu zwężenia odźwiernika, czy z powodu zwężenia dwunastnicy

naskutek jakiegoś innego powodu, czy to natury uciskowej czy wewnątrzdwunastniczej.

Dopiero chirurg „in vivo" tę sprawę wyjaśnia.

L u b e l s k i. Licząc się z ciężkim stanem chorej uważaliśmy wykonanie dodatkowych zdjęć rentg. za zbędne.

Operacja wycięcia pęcherzyka żółciowego, który był w zrostach i całkowicie był przykryty schodzącą częścią dwunastnicy przyrośniętej do wątroby, już zgóry przedstawiałaby się technicznie b. trudną. Po dokonaniu tego zabiegu na pęcherzyku żółciowym koniecznem byłoby też wobec objawów zwężenia dwunastnicy wykonanie zespolenia żołądkowo - jelitowego, a oba te zabiegi wobec ciężkiego stanu nasza chora mogłaby nie przetrzymać. Wykonaliśmy więc narazie tylko zespolenie żołądkowo - jelitowe, jako zabieg niejniezbędniejszy, licząc na to, że chora prędko się poprawi, a później podda się drugiemu zabiegowi.

Ponadto przemawiali w dyskusji: L u b e l c z y k, S a i d m a n i W e j n e r t.

2. D o b r y s z y c k i wygłosił odczyt pod tytułem „W sprawie diagnostyki niedomogi zewnętrznego wydzielania trzustki.

W dyskusji zabierał głos J. N u s b a u m, który przypomina, iż pozaotrzewnowe położenie trzustki utrudnia w znacznym stopniu kliniczne badanie tego narządu. Zarówno obmacywanie jak i Rentgen pozwalają jedynie na stwierdzenie daleko posuniętych zmian. To też często z pomocą przychodzą badania czynnościowe, które są oparte na dwóch różnych zasadach; albo badamy bezpośrednio in vitro zaczyny trzustkowe w wydobytym soku żołądkowym, albo też wprowadzamy do ustroju pewne ciała, które pod wpływem działania zaczynów trzustkowych ulegają przekształceniu. Ich produkty rozkładowe wykrywamy następnie w kale, moczu lub wydobytej treści.

Ten ostatni rodzaj badań wydaje się pewniejszym i słuszniejszym, gdyż stwarza on fizjologiczne, a nie doświadczalne warunki dla działania zaczynów trzustkowych.

Liczba istniejących prób czynnościowych jest bardzo znaczna i jak to Sz. prelegent zaznaczył, wartość ich jest b. często problematyczna. Niektóre z tych prób są nietylko trudne technicznie, lecz wychodzą nadto z wręcz mylnego założenia (np. próba jądro-

wa Schmidta, według którego nukleoza, zaczyn trawiący jądra komórkowe, miał się znajdować wyłącznie w soku trzustkowym, tymczasem okazało się, iż zaczyn ten wykryć można również w soku żołądkowym. Zamiast żmudnego poszukiwania i barwienia jąder wystarcza proste stwierdzenie obecności mięśni prążkowanych w kale.

Do prób dających najpewniejsze wyniki należy badanie diastazy w moczu, kale i surowicy według Wohlgemutha. Wohlgemuth uważa 100 jednostek, a nawet i więcej, w moczu za prawidłowe. Jednekże, jak to wykazałem w pracy mojej, ogłoszonej w „Polskiem Archiwum Med. Wewn." w 1928 r. T. VI. Z. 2. — liczba ta jest zbyt duża. Na podstawie dość wielu badań — musiałem przyjąć liczbę 50 za wartość graniczną.

Jak to wynika z pracy mojej — w ostrych zapalnych cierpieniach trzustki, przebiegających z ostrem uszkodzeniem jej miąższu — duże znaczenie rozpoznawcze mają badania na lipazę i diastazę w surowicy i moczu.

W znacznie częstszych cierpieniach przewlekłych trzustki, idących zazwyczaj w parze z żółtaczką, lub w przypadkach guzów danej okolicy — wartość tych metod jest o wiele mniejsza. Większe znaczenie rozpoznawcze ma wówczas próba palminowa Ehrmanna, która wykrywa zaburzenia w wydzielaniu zewnętrznem i tem jaskrawiej, im dłużej trwa proces chorobowy.

J u s t m a n uważa, iż badania laboratoryjne w schorzeniach trzustki zawodzą nas nieomal całkowicie. Natomiast na pilną uwagę zasługują ogólno - kliniczne metody i spostrzeżenia, a więc promieniowanie bólów do lewego barku, ślinotok, wynik badania kału: włókna mięsne o wyraźnem prążkowaniu, duże ilości tłuszczu obojętnego, obfitość kału, często wyniszczenie chorego. Kilkakrotne spostrzeżenia własne nad działaniem adrenaliny na źrenicę nie wykazały odczynu Loewiego.

Głos zabierali jeszcze C y t r o n b e r g i W e j n e r t.

Wiadomości różne.

Komunikat Komitetu Miejscowego X. Zjazdu Internistów Polskich.

W XIV. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich, który odbędzie się od 12 — 15 września 1933 r. w Poznaniu, uczestniczy jako jedna z głównych sekcyj lekarskich, sekcja Towarzystwa Internistów Polskich.

Na referaty główne wybrano:

1) Temat: Niedokrwistość złośliwa.
Patogeneza: referent: Prof. Dr. Tempka.
Klinika: referent: Prof. Dr. Rencki.

2) Temat: Angina pectoris.
Patogeneza: referent: Prof. Dr. Franke.
Klinika: referent: Prof. Dr. Semerau-Siemianowski.
Leczenie chirurgiczne: referent: Prof. Dr. Jurasz.

W myśl uchwały Komitetu Organizacyjnego XIV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich należy tematy prac zgłaszać do Komitetu Miejscowego Zjazdu, najpóźniej do 1 kwietnia 1933 r. oprócz dokładnego tytułu referatu i warsztatu, w którym praca została wykonana, należy równocześnie nadesłać jego streszczenie w języku polskim i francuskim.

We wszystkich sprawach, dotyczących Zjazdu, należy zwracać się do Przewodniczącego Komitetu Miejscowego, Prof. Dra W. Jezierskiego, Poznań, ul. Szkolna 14 — II. Klinika Chorób Wewnętrznych przy Publ. Szpitalu Miejskim, lub do sekretarza Dra Walerjana Spychały — Publ. Szpital Miejski w Poznaniu.

Redakcja międzynarodowego pisma Index Analyticus Cancerologiae uprzejmie prosi wszystkich pp. Autorów, którzy w r. 1932 ogłosili prace dotyczące nowotworów, o nadesłanie streszczeń (jeżeli możliwe w języku francuskim) pod adresem: Warszawa, Marszałkowska 73, Dr. Wejnert, lub Warszawa, Marszałk. 41, Doc. Sterling - Okuniewski.

Redakcja otrzymała: S. Sterling - Okuniewski i E. Grodzieński. Opadnięcie trzew i jego znaczenie kliniczne. S. Sterling - Okuniewski. O konieczności szerszego stosowania curieterapii: Comptes rendus mensuels (Acad. Pol.) m. IV — VIII. Bulletin intern. de l'Academie Polon. N. 1 — 8.

Zarząd Pol. Tow. Gastrologicznego ukonstytuował się następująco:

Prezes — Wejnert, vice-prezesi Prof. Radliński i W. Róbin, Sekretarz — Niewiadomski, Skarbnik — B. Kryński, Członkowie Zarządu: Józef Czarkowski, Frank i Dolkart.

Resumées.

Uncinariose (leçon clinique).

Dr. Alexandre Freyd (Varsovie).

L'auteur a soigné à Varsovie pendant l'année dernière 7 cas d'ankylostomiase ou de nécatoriase, importés du Brésil, du Pérou, du Paraguay, d'Angola, du Congo et de Turqie— par les diplomates, colons et réemigrés. Un cas autochtone de la région minière polonaise.

En Amerique de Sud, en Afrique du Nord, en pays Méridionaux, ainsi qu'a Varsovie — l'auteur a obtenu les meilleurs resultats therapeutiques avec l'essence de Chenopodium, le thymol et le tetrachlorure de carbone; — des résultats très encourageants avec l'huile de Chaulmoogra, jusqu'à maintenant connue comme remede antilepreux.

Aŭtoreferatoj en esperanto.

Uncinariozo. (Klinika leciono).

Dro Aleksandro Freyd — Warszawa.

Aŭtoro kuracis en Varsovio dum la lasta jaro 7 kazoju d'ankilostomiazo aŭ de nekatoriazo, enportitajn en Brazilujo, Peruo, Paragwajo, Angolo, Kongo kaj Turkujo pere de diplomatoj kaj reemigrantoj. Unu kazo loka el pola mineja regiono. En suda Ameriko, en Norda Afriko, en tropikaj landoj, ankaŭ en Varsovio autoro ricevis plejbonajn terapeutikajn rezultatojn ĉe aplikado de Tra Chenopodii, de timolo kaj de karba tetraĥlorato; tre kuraĝigaj rezultatoj estis ĉe aplikado d'oleo Chaulmoogra. konata ĝis nun kiel kontraŭlepra rimedo.